

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO



**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS SOBRE  
EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL  
CUIDADO A PERSONAS HOSPITALIZADAS EN  
SERVICIOS CRÍTICOS  
CHICLAYO, PERÚ**

**Autora: Lic. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

Chiclayo, Perú  
2012



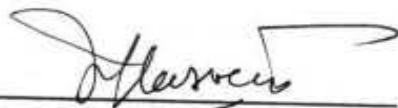
EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL  
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CUIDADO  
A PERSONAS HOSPITALIZADAS EN SERVICIOS  
CRÍTICOS CHICLAYO, PERÚ

POR:

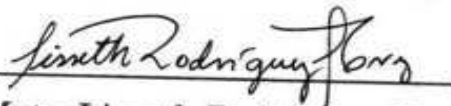
Lic. Bazán Sánchez Asunción Carmen Luz

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad  
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado Académico  
de MAGISTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:



Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos  
Presidenta de Jurado



Mgtr. Lisseth Rodríguez Cruz  
Secretaria de Jurado



Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete  
Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2012



A la memoria de mi papá Mauro, cuya devoción a ser Maestro, intento emular.

A mi mamá Rebeca, que a sus 85 años sigue siendo ejemplo motivador de sus ocho hijos, para afrontar las vicisitudes de la vida con coraje.

A Víctor, mi esposo y compañero de toda la vida, mi mejor crítico, mi ayuda incondicional, quien no escatima esfuerzo ni horario para hacerme sentir su apoyo y compañía durante esta incomparable travesía de nuestras vidas juntas.

A mis adoradas hijas, Patricia y Claudia, cuya existencia es el motivo para superarme constantemente. A mis adorados nietos, Juan Diego, Maria Flavia y Valeria Alejandra, por darme la dicha de verlos crecer. A Juan Enrique y Francisco Raúl, a quienes hemos confiado el amor más grande que tenemos: nuestras hijas.

A mis queridos e incomparables hermanos: Olinda, Ana María, Francisco Isaac, Rebeca, José, David y Rosita, quienes a pesar de la distancia, siempre están cerca de mí para apoyarme.



Agradezco a Dios, nuestro SEÑOR, que ha hecho de mí un instrumento en la búsqueda incansable de la perfección; y a la Santísima Virgen María, consuelo de mis aflicciones y mi Intercesora ante el Espíritu Santo, a cuya Luz invoqué con frecuencia para iluminar el camino de esta ardua tarea de investigar.

A mi asesora y amiga Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete, por toda su contribución para la culminación de esta tesis, principalmente por trazarme la senda correcta con paciencia, perseverancia y dedicación.

A mi dilecto jurado, Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos y Mgtr. Lisseth Rodríguez Cruz, por su motivación, conducción y aportes oportunos y convenientes que han permitido la culminación de la presente investigación en el más breve plazo.

A todas las docentes, nacionales y extranjeras, por toda la humildad con que compartieron sus conocimientos, dejando en nosotros una semilla obligada a crecer, florecer y dar frutos.

A las enfermeras, colegas y amigas de siempre, del Servicio de Shock Trauma-Emergencia y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo EsSALUD - Chiclayo, porque con generosidad y disposición brindaron sus valiosos aportes, base fundamental de esta investigación.

A mis queridas compañeras: Rosio, Perla, Sandy y Dorita, quienes con su alegría, capacidad de reflexión, sus aportes creativos en informática y su ternura, respectivamente, hicieron llevaderos estos dos años de estudio, y marcaron en mi vida una experiencia inolvidable en la búsqueda del saber.



# ÍNDICE

	Página
RESUMEN Y ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	9
1.1 Antecedentes	9
1.2. Base Teórico- Conceptual	32
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	51
2.1 Tipo de investigación	51
2.2 Abordaje metodológico	52
2.3 Sujetos de la investigación	56
2.4 Escenario	58
2.5 Instrumentos de recolección de datos	64
2.6 Procedimiento	66
2.7 Análisis de datos	68
2.8 Principios éticos	71
2.9 Criterios de rigor científico	73
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	77
CONSIDERACIONES FINALES	129
RECOMENDACIONES	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	145



## RESUMEN

La presente investigación cualitativa, con abordaje estudio de caso, buscó identificar, describir, analizar y comprender las experiencias de enfermeras, sobre consentimiento informado (CI) en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de Chiclayo. Se sustentó en los aportes conceptuales de: Karol Wojtyla (1996), Hildegart Peplau (1952), Regina Waldow (1998), Nancy Páez Pinilla (2000) y el marco legal de leyes, dispositivos nacionales y supranacionales relacionados al ejercicio profesional de la enfermera(o) en el Perú. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, aplicada a 10 enfermeras de los servicios críticos: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Shock Trauma-Emergencia, delimitada por saturación y redundancia. Los datos obtenidos fueron tratados con el análisis temático de Burns (2005), obteniéndose tres categorías: (1) Singularidades del CI en el cuidado de la persona en estado crítico, con sus respectivas subcategorías: (a) Resaltando la primacía de la vida sobre la información, (b) Reconociendo el CI como exigencia ética, y (c) Contribución de la enfermera en el CI verbal y escrito; (2) Esencialidad de la Información en el CI para obtener colaboración en el cuidado; (3) Demandando Legalidad para el CI en Enfermería, con sus respectivas subcategorías: (a) Experimentando desprotección legal y protección recíproca y (b) Avistando el CI escrito para Enfermería. El estudio estuvo tutelado por los criterios científicos de *credibilidad, auditabilidad y transferibilidad* (Castillo: 2003); y principios de la Bioética Personalista (E. Sgreccia 1996), ratificados en el Perú por el DS.N°011-2011-JUS. Se concluye con la presentación de la iniciativa legislativa: “Ley que regula el Consentimiento Informado de los



profesionales de la salud”.

**PALABRAS CLAVES:** Consentimiento Informado, cuidado enfermero, paciente crítico, legalidad en el ejercicio profesional.



## ABSTRACT

This qualitative research with case study approach, aimed to identify, describe, analyze and understand the experiences of nurses on informed consent (IC) in the care of people hospitalized in critical National Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo. Was based on the conceptual contributions of: Karol Wojtyla (1996), Hildegart Peplau (1952), Regina Waldow (1998), Nancy Paez Pinilla (2000) and the legal framework of laws, national and supranational devices related to the professional practice of the nurse (o) in Peru. The data collection instrument was an interview was applied to 10 nurses in critical services: Intensive Care Unit (ICU) and Shock Trauma, Emergency, bounded by saturation and redundancy. The data obtained were treated with thematic analysis of Burns (2005), yielding three categories: (1) Singularities of CI in the care of the person in critical condition, with their respective subcategories: (a) Emphasizing the primacy of life over information, (b) Recognizing the CI as an ethical demand, and (c) Contribution of the nurse in written and verbal IQ, (2) Essentiality of Information in IQ for collaborative care, (3) Demanding Legality Nursing for CI, with their respective subcategories: (a) Experiencing lack of legal and reciprocal protection and (b) written Sighting IQ Nursing. The study was supervised by the scientific criteria of credibility, auditability and transferability (Castillo, 2003), and principles of bioethics Personalist (E. Sgreccia 1996), ratified in Peru by DS.N 011-2011-JUS. We conclude with the presentation of the legislative initiative: "Law regulating the Informed Consent of health professionals."

**KEYWORDS:** Informed Consent, nursing care, critical patient, legality in practice.



## INTRODUCCIÓN

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos; se ha desarrollado al ritmo de las grandes corrientes de pensamiento que han marcado la evolución de los conocimientos, permitiéndole establecer con especificidad sus conceptos teórico-epistemológicos en los últimos decenios, en relación al cuidado enfermero. La multiplicidad de las situaciones de salud, los cambios complejos en el seno de la familia, la orientación de las opciones éticas hacia un proceso que da prioridad a los valores y la diversidad de los medios clínicos, guían siempre la evolución de estas concepciones de los cuidados enfermeros<sup>1</sup>; contextualizándolo con los avances de las ciencias médicas y del comportamiento, en la que destaca la nueva concepción de persona, sujeto de cuidado y por tanto el eje ético, moral y legal del cuidado.

El cuidado forma parte del ser humano desde sus orígenes, adquiere en el transcurso del tiempo formas y expresiones de cuidar, que se sofistican y que van desde la simple curación de una herida a un sentido más amplio: el cuidado como una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente, como un acto de amor<sup>2</sup>, El cuidado es brindado por la enfermera en diferentes contextos, uno de ellos es durante la hospitalización, esta es muy importante para muchas personas, toda vez que la enfermedad es una amenaza. Sentirse enfermo o estar enfermo se caracteriza por una ruptura de la relación del ser humano con el mundo exterior, haciéndolo frágil ante todo y ante todos.

La relación del ser cuidado/paciente, atraviesa por una situación o experiencia que se caracteriza por la vulnerabilidad<sup>2,3</sup>; esta experiencia es única, personal y significativa para la persona enferma y como tal plantea una serie de interrogantes, dudas e hipótesis que no siempre son exteriorizadas; estas generalmente sugieren respuestas que generen seguridad y confianza, estas dudas, solo pueden ser absueltas en un singular encuentro de comunicación clara, bidireccional, donde cada una de ellas quede plenamente aclarada y la persona se convierta en el protagonista de su cuidado, de la intervención que en pro de su bienestar se plantea con conocimiento pleno, y aceptación voluntaria y correctamente informada.

Por otro lado, en el histórico de la evolución del concepto salud, siempre se le ha relacionado con la ayuda a los demás. Este concepto de ayuda ha estado presente desde el inicio de la civilización, es decir, le es inherente a la persona, ya que la historia lo evidencia desde tiempos remotos; en su evolución se entremezclan diversas formas de ayuda o cuidar, del cual derivan los cuidados profesionales, que en su perfeccionamiento teórico-conceptual, epistémico y científico corresponden al Cuidado Enfermero, a la disciplina de Enfermería.

Por tanto, la actual concepción de salud integra un conjunto de actividades técnicas y humanas para propiciar el mayor bienestar físico y una mayor adaptación de los individuos a su entorno. La atención o servicio de salud también ha ido mostrando cambios en función al tipo de usuario y las reglamentaciones que consideraban a la persona atendida, como un elemento pasivo de la atención, a una persona activa, que en

uso de su plena libertad, está en capacidad de intervenir en las decisiones de las intervenciones que sobre su cuerpo se producirán para lograr su bienestar físico, mental y espiritual.

En consecuencia, de alguna manera la práctica de consentir expresa un derecho innato, que le corresponde como persona humana, la misma que fuera reconocida desde tiempos remotos. Lo evidencia; por ejemplo, el Código de Hammurabi (1783 a. C.), que fue la primera reglamentación para el ejercicio profesional; el Código de Núremberg (1947), donde se recoge que el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial en las investigaciones; y, la Declaración de Helsinki (1964), que reconocen lo imprescindible del consentimiento voluntario de la persona humana, en toda intervención<sup>4</sup>. Estos acontecimientos son considerados como el punto de partida del ahora llamado, Consentimiento Informado.

Paralelo a esta normatividad para el trabajo e investigación con seres humanos, en los años 70 el avance de las Ciencias de la Salud, son concordantes con el avance disciplinar de la enfermería, por su desarrollo y aportes en materia de las bases científicas y epistemológicas del cuidado enfermero, que centra sus principios de actuación en la persona humana, ello implícita y explícitamente reconoce a la persona humana en todas sus dimensiones, haciéndolo sujeto de derechos y obligaciones en el cuidado de su salud.

Estas situaciones: agrega Pastor G.<sup>5</sup>, aunadas al incesante avance y progreso cronológico de la medicina hace que los profesionales de enfermería se sientan interpelados por

cuestiones que, solo cinco años atrás, habrían sido calificadas como propias de ciencia – ficción; y es que la persona cuidada se convierte en sujeto activo de su cuidado y por tanto exige ser “informado” de toda cuanta intervención en y con su cuerpo se realice, para bienestar del mismo, teniendo la libertad de decidir y consentir aquello que le sea favorable y sea concordante con sus principios y valores morales, así como también, de aquel que le presta el cuidado; es decir, una comunión de pensamiento que resguarde su sacralidad corporal y su dignidad humana natural, mediante el otorgamiento de un *consentimiento informado* a toda persona que participe en su cuidado.

No obstante, habitualmente, el *consentimiento informado* siempre ha estado ligado al quehacer médico y es muy conocido el hecho de las múltiples y complejas situaciones legales que se han derivado de su omisión o de su incorrecta ejecución; sin embargo, las declaraciones de los derechos que se le asigna a la persona y los que innatamente le pertenecen, también involucran al trabajo de las enfermeras(os), quienes por razones de metodología de trabajo están en constante interacción e intervención con las personas, asistiéndolas con procedimientos cada vez más complejos y de riesgo, sobre todo en las unidades críticas como lo son el Servicio de Cuidados Intensivos y Shock Trauma-Emergencia, del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-EsSALUD de Chiclayo, en los que la naturaleza de las enfermedades, hacen necesario e impostergables algunos procedimientos de alta complejidad y riesgo, en determinadas situaciones de salud emergentes o de situación crítica, como parte de su tratamiento o diagnóstico a cuya información previa, tiene derecho la persona cuidada.

Pese a ello, y aunque se cuenta con un marco teórico, desde el punto de vista ético y legal, que reconoce el derecho de la persona enferma al consentimiento informado, este se realiza solo a nivel médico, y es común, casi “normal”, no hacerlo; y en el mejor de los casos hacerlo incorrectamente. Las enfermeras lo hacen de manera voluntaria, verbal, solidaria, no tanto para los procedimientos o intervenciones que ellas realizan, sino como una “encargada” de hacer firmar, el mal llamado “consentimiento informado de los actos médicos”. A nivel de desempeño profesional, la enfermera realiza el consentimiento informado como información o descripción de la intervención de enfermería, lo hace verbalmente sin que exista un documento o registro que confirme el consentimiento de intervención, este a su vez es unidireccional, de enfermera a paciente y/o familia.

La problemática expuesta y las experiencias de la investigadora en su rol de *enfermera supervisora*, que le permitió evidenciar -en muchas ocasiones- problemas derivados de la falta de consentimiento de la persona cuidada o sus familiares, por omisión de la solicitud del consentimiento voluntario, por ejemplo, procediendo sin la información suficiente, menos aún la aceptación del paciente y sin conocimiento de cómo él deberá intervenir para el éxito del procedimiento. Una muestra común es cuando se administran fármacos y el paciente ya tiene un acceso venoso, solo se procede a la administración sin que medie explicación alguna, por falta de información al primer síntoma adverso entra en pánico y puede tener serias complicaciones. Esta actitud y otras similares han generado no sólo reclamos, sino también denuncias escritas de los pacientes o sus familiares, relacionándolo con el trato inhumano de la enfermera que cree que el paciente

“es una cosa o un animal”, como manifiestan ellos cuando son intervenidos sin previa información y consentimiento.

Asimismo, es casi común en estos servicios, que aduciendo la urgencia, se obvие la información pormenorizada y solo se informa lo que se va a realizar, la persona cuidada acepta sin conocimiento pleno, sintiéndose vulnerable e impotente ante una actitud, que no le permite ser partícipe de la intervención que se le realiza, sin el más mínimo consentimiento, y aceptándolo tal vez como una “condena, que hay que aceptar porque lo indica el médico o la enfermera...”; similar situación se genera en las intervenciones quirúrgicas emergentes con el recorte de cabello, bigotes, pestañas, etc., sin explicación y consentimiento previo, lo cual ha ocasionado reclamos hasta por vía legal, sobre todo cuando estas atentan contra la imagen corporal o las creencias culturales o religiosas.

Otra situación preocupante es que también las enfermeras(os), optan por una “información” tipo orden, tal cual: “acuéstese que voy a colocarle una vía”, “le voy a colocar una sonda”; muchas veces, experiencias anteriores, hacen que la persona ya sepa de qué se trata, otras tantas no, y la persona se limita a que la enfermera concluya su trabajo sin la más mínima participación informada, produciendo en él sentimientos de minusvalía, miedo a la interpelación o reclamo, porque lo relaciona con algún grado de “represalia” posterior.

Otras realidades, que no escapan a este escenario de experiencias que han llevado a las personas a situaciones críticas son las relacionadas a las reacciones anafilácticas. Los familiares

reclaman información previa al acto y no después de este, cuando ya se han producido las complicaciones, así estas se den en áreas críticas o de urgencia, en las que hasta el momento, el consentimiento informado de enfermería sólo se limita a una breve explicación del procedimiento que se va a realizar, sin respuesta de consentimiento de la persona cuidada.

Situación especial, lo constituye la persona inconsciente, estableciendo un tema muy particular, porque no siempre está el familiar para el consentimiento y son muchos y múltiples los reclamos y problemas que la falta de este documento ha originado. Los hospitales permiten la permanencia de los familiares de personas en estado crítico o emergente, sin embargo estos no son considerados para dar el consentimiento como representantes y responsables de la persona cuidada, cuando estos son informados de alguna complicación aducen con marcada insatisfacción *nada nos informan*, sólo cuando ya se puso mal, considerándolo como una medida *descomprometedora*, de lo que ya se ha practicado, como dicen ellos, *para salir del paso*.

Estas realidades, muchas veces, producen contradicción entre lo que manifiesta la enfermera, quien afirma haber dado la información, pero rara vez le dieron el consentimiento para hacerlo; y lo que manifiestan las personas o sus familiares, quienes niegan todo tipo de información, al buscar la evidencia de lo manifestado, esta información solo se ha dado de manera verbal, no está registrada en la historia clínica y no hay una constancia de que el paciente o su familiar tienen clara la explicación, en base a la cual han dado o negado su consentimiento. Cuando se han producido problemas de reclamos, la enfermera asegura haber dado la

información correspondiente, pero cuando hay que argumentar el descargo, no hay una constancia escrita de que el paciente o el familiar recibieron la información y dieron su consentimiento para realizar el procedimiento.

Las experiencias descritas proponen un sinnúmero de interrogantes como: ¿Cuáles son los saberes de las enfermeras en relación al consentimiento informado?, ¿Obtienen las enfermeras un consentimiento informado ética y legalmente válido?, ¿Es suficiente el consentimiento informado verbal?, ¿Sabe la enfermera las implicancias legales de omitir el consentimiento informado?, ¿Qué significado ético tiene para la enfermera el consentimiento informado?, ¿A quién, en dónde y cuándo deben solicitar el consentimiento informado?, ¿Es un derecho de la persona emitir su consentimiento previa información, antes de cualquier intervención?, ¿Saben las enfermeras que los pacientes tienen derechos frente al cuidado que reciben y ellos pueden denunciar formalmente la falta de consentimiento de una intervención?, ¿La normatividad existente faculta, exige y avala a la enfermera para solicitar el consentimiento informado escrito para los procedimientos que realiza?.

Lo expuesto genera una profunda reflexión frente a la figura del consentimiento informado, que comienza a surgir como tema de preocupación en las atenciones de salud, a medida que comienza a cambiar el modo en que las decisiones en salud son tomadas. Hablamos del paso de una relación reconocida como paternalista hacia otra de participación<sup>6</sup>, lo cual implica el reconocimiento y la práctica del derecho de la persona enferma al consentimiento informado.

Reconocer la importancia del CI, desde el punto de vista del cuidado ético (respeto a su dignidad, voluntad y autodeterminación) y de responsabilidad legal (leyes, códigos, normas locales, nacionales, internacionales y supranacionales), ha motivado a la investigadora a examinar las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en la práctica profesional y promover el tema en discusión a través de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo?. Para ello se plantearon los siguientes objetivos: Identificar, describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a las personas hospitalizadas en las áreas de UCI y Shock Trauma- Emergencia, del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo.

La presente investigación justificó su proceso, debido a que siendo un tema de mucha actualidad e importancia, aun no está pródigamente investigado en enfermería. Los resultados de las investigaciones a nivel nacional e internacional no constituyen todavía argumento suficiente y convincente para sustentar una postura de práctica habitual del CI por la enfermera, sobre todo, si consideramos que últimamente el reconocimiento social del hombre y sus derechos han influido significativamente para que la persona enferma, de pasiva se convierta en activa, con intervención en su cuidado, desterrando la relación paternalista de antaño, dando paso a una relación de participación que es concordante con el concepto holístico que la enfermería le reconoce a la persona cuidada. En relación a la práctica

profesional, la constante y progresiva complejidad de las intervenciones necesarias en estas áreas la exponen a reclamos administrativos y legales, por lo que es necesaria la práctica formal del consentimiento informado para enfermería.

Igualmente, la nueva condición del paciente, de persona participante en su cuidado, también conlleva a reconocer y advertir la importancia de una buena praxis del consentimiento informado, por lo que los resultados dieron luces de cómo experimentan las enfermeras en su práctica profesional el consentimiento informado con los usuarios hospitalizados y su familia, en el marco de lo normado en su Ley específica, su Código de Ética y Deontología para el ejercicio de la profesión y las leyes que respaldan los derechos de las personas.

De la misma manera, el análisis de las experiencias de las enfermeras en relación a la práctica del consentimiento informado generó un conocimiento que surge desde la perspectiva de sus propios autores, las enfermeras; y cuyos resultados fortalecerán sus capacidades, además de brindarle herramientas para que el cuidado de enfermería se deba realizar con conciencia, fluidez y sensibilidad apoyando a la persona en un encuentro único que facilite una comunicación agradable y que responda a las necesidades del paciente<sup>7</sup>, principalmente, a la necesidad de informarse a través de un consentimiento informado dialógico en la comunicación y comprensión.

Finalmente, los resultados por su originalidad proyectarán una iniciativa legislativa que norme el consentimiento informado de los profesionales de la salud y de manera particular el de la enfermera peruana, que lo considere de carácter obligatorio como

tal; sea este verbal o escrito, diferenciándolo por áreas o niveles de complejidad; además de servir para la revisión de las asignaturas pertinentes en el pre y postgrado, evaluando los contenidos y metodologías de enseñanza que determinen si responde a las necesidades evidenciadas en los resultados de la presente investigación, en materia ético-legal.

En definitiva los importantes e interesantes aportes de los resultados serán una fuerte motivación para la investigación en otras áreas relacionadas a este tema con enfoques metodológicos diferentes, con equipos interdisciplinarios, que enriquezcan la práctica ético legal de la profesión y la pongan a la vanguardia del respeto de los derechos de la persona cuidada, mediante el uso correcto del consentimiento informado en sus intervenciones hospitalaria.



# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1.1. Antecedentes

El tema en investigación se torna como prioridad investigativa en estos tiempos, así lo evidencian importantes pero aun escasos trabajos publicados; algunos realizados en otros países se han desarrollado en contextos diferentes, tales como la reorganización del sector salud, aprobación de leyes pendientes relacionadas al tema, entre otros; en nuestro país este es un tema poco investigado específicamente en el área de enfermería. Sin embargo, durante la búsqueda exhaustiva de trabajos relacionados al objeto de investigación, se encontraron estudios importantes, por lo que se creyó pertinente destacarlos.

A nivel internacional se reportaron accesiblemente las siguientes investigaciones:

Galindo Barón, J y Fuquene Arias, DJ en la investigación, *Sentido y significado del Consentimiento informado en la relación de cuidado enfermera-usuario-familia realizada en el ESE Hospital*

*San Rafael de Tunja (Colombia, 2007)* bajo el paradigma cualitativo con enfoque histórico – hermenéutico, tuvo como objetivos: describir e interpretar cómo es la práctica cotidiana del profesional de enfermería en el manejo del CI; y describir e interpretar a través de categorías emergentes la práctica que ejerce la enfermera frente al consentimiento informado con los usuarios hospitalizados en dicho establecimiento. Se evidenció que el profesional de enfermería minimiza la importancia de la acción educativa dentro de su rol clínico al dar consentimiento informado, la información que brinda al sujeto de cuidado y su familia está centrada en el hacer, desplazando el acto comunicativo, por una serie de palabras sencillas que no explican la real finalidad del procedimiento.

Además, concluye que existe una comunicación no verbal unidireccional enfermera-usuario-familia que excluye al sujeto en la participación de los procesos de cuidado, pues existe un temor por parte del profesional a que este se niegue a la realización de los procedimientos. También el usuario limita su opinión y piensa que quienes tienen el conocimiento son los responsables de su bienestar y que al estar hospitalizado, él como usuario, tendrá que acceder a cada procedimiento sin oponerse a nada. Emerge en la investigación que el tiempo es uno de los factores que influye a la hora de brindar consentimiento informado, debido a que las políticas hospitalarias alejan al profesional de enfermería de su verdadero rol.

Francisco Javier León, Carla Burattini y Jennifer Schwartzmann en la investigación *El consentimiento informado y el profesional de enfermería: Estudio cualitativo en un Hospital*

*Público de Chile, 2009*, tuvo como objetivos saber de qué manera la enfermera participa en la entrega de información de forma escrita o verbal, en el proceso de consentimiento informado, conocer la percepción que tienen las enfermeras de un hospital público de Santiago de Chile acerca de su papel en el proceso del consentimiento informado, y qué característica prevalece, si la dimensión ética o legal, así como identificar la importancia que el profesional de enfermería le asigna a la aplicación del consentimiento informado.

Al respecto, llegó a las siguientes consideraciones finales: La importancia que enfermería otorga al consentimiento informado radica principalmente en los aspectos legales que este conlleva. Dicho documento es visto como un requisito previo que el paciente debe firmar para que se realice un procedimiento clínico, dejando de lado los aspectos éticos que involucra el derecho a la información, el respeto por la vida humana y la autonomía del paciente. Al estar tan vinculado a la práctica médica, el profesional de enfermería ve este proceso como ajeno a su quehacer y que simplemente no le compete, esto genera poco interés y limita la participación de enfermería en este acto.

En el Perú, a nivel local existe una investigación realizada por Mónica Elizabet Tantalean Sánchez, titulada *La enfermera y el consentimiento informado: Estudio cualitativo*, realizada en el Hospital Docente Las Mercedes (Chiclayo, 2009), con abordaje metodológico: estudio de caso; tuvo como objetivos: identificar, describir y analizar cómo realizan el consentimiento informado las enfermeras durante sus cuidados brindados en los diferentes servicios del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

Este trabajo tuvo como consideraciones finales las siguientes: *Informar* se ha convertido en algo indispensable para enfermería, ya que el avance de la ciencia y la tecnología han logrado que las personas estén informadas de sus derechos y formen parte de la toma de decisiones de sus propios cuidados para la mejora de su salud; por esta razón debe existir por parte de los profesionales de la enfermería una información clara y precisa, que favorezca la comprensión, ya que el objetivo es ayudar a que las personas decidan respetando su autonomía, aunque esta información sea considerada como simple y se de en forma verbal. Asimismo, reconoce que el CI facilita el trabajo, ya que logra que la persona se sienta tranquila y sin temor, logrando de esta forma aceptación para la ejecución de procedimientos y cuidados realizados. Finalmente las enfermeras reconocen la exigencia de un soporte legal para contar con un *CI Enfermero*.

## 1.2. Base teórico – conceptual

El desarrollo de la siguiente investigación estuvo apoyada en los aportes conceptuales de los siguientes autores: Karol Wojtyla (Experiencia), complementada por Hildegart Peplau; Regina Waldow (Cuidado y Enfermería); Nancy Páez Pinilla y Gloria Inés Prieto de Romano (Consentimiento Informado) y Joyce Travelbee que nos ayudó a comprender el consentimiento informado desde la perspectiva de su Modelo de Relación de Persona a Persona.

El marco legal, también, se ha documentado por normas nacionales y supranacionales, que regulan y respaldan el ejercicio profesional, en aspectos referentes al tema como la *Constitución Política del Perú, Ley General de Salud N° 27604* y su

*Reglamento D.S. N° 016-2002-SA, la Ley del Trabajo de la Enfermera(o) Ley N° 27669 y su Reglamento D.S. N° 004-2002-SA. El Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú (Resolución N° 322-09/CN-CEP); La Declaración Universal de los de los Derechos Humanos (1948) y la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente (1995); Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos (2005) y el reciente Decreto Supremo N° 011 -2011-JUS que aprueba los Lineamientos para Garantizar el Ejercicio de la Bioética desde el reconocimientos de los Derechos Humanos.*

Es así que, cuando se hace referencia a *experiencia*, esta etimológicamente deriva del vocablo latín “*experiri*” que significa “*comprobar*”, es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación, de la vivencia de un evento o proveniente de las cosas que suceden en la vida. Los seres humanos pueden obtener esta forma de conocimiento llamada *experiencia* a lo largo de sus vidas. El concepto de *experiencia*, generalmente, se refiere al conocimiento procedimental (cómo hacer algo), en lugar del conocimiento factual (qué son las cosas). Los filósofos tratan el conocimiento basado en la *experiencia* como “*conocimiento empírico o un conocimiento a posteriori*”<sup>8</sup>.

Asimismo, para Karol Wojtyla<sup>9</sup>, la *experiencia* es una necesidad de objetivar un proceso cognoscitivo fundamental, que considerando sus orígenes, se pueda definir como la *experiencia del hombre*, esta, que el hombre tiene de sí mismo es la más rica; y, sin duda alguna, la más compleja de todas a la que tiene acceso. La *experiencia* que el hombre pueda tener, afirma el autor, de alguna realidad exterior a sí mismo *está siempre asociada a la del propio*

*yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo.*

De lo expresado, la investigadora constituye que la experiencia es un acontecimiento que se vive para objetivar los acontecimientos propios del hombre en relación a su entorno y su cotidiano, estas se registran en la vida de la persona como parte de su propio yo y emergen con sentido objetivo de lo real, con intencionalidad, para tomar una decisión, emitir una opinión, garantizar o cuestionar un actuar, esta tiene un origen propio, es decir, es propia la experiencia cuando uno es actor de la vivencia, otras nacen de las experiencias vívidas por los otros y se toma como referencia para un comportamiento o acción, para luego procesarlo y admitirlo como conocimiento, que emerge como una respuesta interna, subjetiva (propia) en una determinada situación y que finalmente la ha de caracterizar. La experiencia al margen de ser satisfactoria o no, indica una pauta de conocimiento que tiene la persona sobre un actuar o comportar y la distingue de las demás. La experiencia también a criterio de la investigadora es el punto de partida de transformaciones importantes en la vida de la persona y de las colectividades.

Efectivamente, la experiencia es el conocimiento que se vive, y se aprende de la realidad que se está afrontando, en este caso, son las experiencias que diariamente viven las enfermeras en su cotidiano de intervenciones, de cómo las han interiorizado, pudiendo ser replicada posteriormente con más criterio y conocimiento y que la investigadora, reconociendo su complejidad, tratará de hacerla emerger de la forma más clara para poderla analizar. Esta se puede considerar en uno u otro

sentido como una realidad continua, se dan en ella momentos de gran riqueza expresiva y también ocasiones que resultan absolutamente grises, pero la unión de todas ellas constituye un conjunto que equivale a la totalidad específica de la experiencia de ese hombre concreto que es él mismo, ya que la totalidad está formada por una multitud de experiencias y es, por así decirlo, su resultante.

Por tanto, las experiencias de vida, en el diario laborar de la enfermera, se van convirtiendo en una serie de hechos singulares, propios de cada ser y le son propios. Una realidad que acompaña a la persona, en este caso, tanto a la enfermera como a la persona cuidada, que después de haberla vivido se almacena en su mundo interior como experiencias positivas o grises y que de alguna manera los afecta, de acuerdo a las circunstancias. Así lo afirma Wojtyla<sup>9</sup>, cuando expresa que *la experiencia del hombre está formada por la experiencia de sí mismo y de todos los hombres, cuya posición, en relación al sujeto, es la del objeto de la experiencia, estando en relación cognoscitiva directa con el sujeto.* Por tanto experiencia no es un conjunto de notas dispersas, sino que está estructurada en una sinfonía personal.

Se distingue en ella dos elementos, aspectos o sentidos, manifiesta Wojtyla<sup>9</sup>. *Uno es el sentido real de lo objetivo y otro, el sentido objetivo de lo real. El primero indica lo real, al margen de conocer una existencia, el segundo indica lo real en tanto que conocido. Hay, por lo tanto, una realidad intencional y una intención de realidad. Objeto de la experiencia es el hombre que se manifiesta a través de todos los momentos y que al mismo tiempo está presente en cada uno de ellos.* Este concepto nos

ayudará a diferenciar entre lo real, de cómo son las experiencias de las enfermeras en relación al consentimiento informado, en razón de lo que está dado y cómo debería darse en razón de lo existente, considerando a la experiencia como un hecho singular, que cada una de las veces en que se produce, es algo que se manifiesta a través de todos los momentos; y que, al mismo tiempo, está presente en cada uno de ellos.

Por tanto, las experiencias de las enfermeras serán consideradas únicas e irrepetibles, así estas se hayan dado en conjunto y en el mismo contexto, porque cada una tiene su forma particular de manifestarla, sea porque tiene una mayor capacidad de abstraerla o sea porque el hecho es repetitivo y cada vez incrementa su experiencia, ya que, toda experiencia está indudablemente relacionada con una serie de hechos que se consideran como algo dado.

Desde el punto de vista teórico de la enfermería Peplau<sup>10</sup>, expresa que experiencia es *todo aquello que se ha vivido o que le ha ocurrido a alguien, es la percepción interna que una persona tiene de los acontecimientos en que ha participado, consiste en relaciones sentidas o las deducciones que saca y que pueden ser identificadas*. El CI, como experiencia, constituye para la enfermera, un acontecimiento en el que participa en una relación recíproca, sentida con la persona que cuida, identificando en ella la necesidad de tener información suficiente para tomar decisiones en su actuar, con respecto a su cuidado, considerado como un proceso mutuo y de cooperación, que intenta resolver el problema de salud que lo afecta.

La investigadora, al analizar estas proposiciones, considera también que la experiencia es un hecho único, singular y propio, irrepetible, aunque la misma se dé en una nueva oportunidad, ya que en esta se dan condiciones y factores que pueden diferenciar su aparente repetición fotográfica, incluso siendo esta la misma persona; por tanto, las enfermeras en su experiencia relacionada al consentimiento informado tendrán la oportunidad de exteriorizar estas experiencias, donde ella será sujeto de la experiencia en tanto lo manifieste y será objeto, en tanto es parte de ella, porque es propio.

Dicho de otro modo, en la práctica del cuidado, la enfermera acumula un sinnúmero de experiencias, una de ellas se deriva de la práctica del consentimiento informado y el reconocimiento de la importancia en su actividad profesional, de contar con el permiso de sus pacientes para poderles brindar los cuidados indispensables en el proceso de su recuperación; al respecto, este aun no se da en las condiciones que evidencien un componente de carácter ético y legal, en donde ella pueda evidenciar su conocimiento referente al mismo y a través de él estimule a los pacientes para crecer y desarrollarse mejorando su potencial de salud, en plena autonomía y capacidad de autodeterminación.

Es así, que la experiencia más propia de la enfermera en su desempeño profesional lo constituye el *cuidado*, objeto de la enfermería. Waldow<sup>2</sup> define el cuidado como (...) *una forma de ser y de relacionarse, el cuidado consiste en una postura ética y estética frente al mundo (...) es una actitud ética en que seres humanos perciben y reconocen los derecho unos de otros; insiste, en que este debe ser sentido, vivido, integrado en el día a día, es por ello que se precisa sea asumido, que forme parte de ellas mismas,*

*transformarlo en estilo de vida, sólo entonces sabremos o intuiremos cómo encontrar formas o maneras de demostrarlo en la praxis* como experiencia propia, generando confianza, vigilancia y cumplimiento de este, para que sea dado con las garantías ético-legales que amerita su condición de persona cuidada.

Cuidar es, pues, un deber humano. En su estricto sentido, es acompañar, sustituir total o parcialmente mientras que el doliente está en la intemperie del proceso de su enfermedad, desvalido en la afectación de su pluridimensionalidad, de su interrelacionalidad con los demás. Las personas se relacionan de una forma para promover el crecimiento, conocimiento y bienestar de los otros. Por tanto, el cuidado va más allá de una simple satisfacción de necesidades, implica la participación activa de la persona cuidada en todo este proceso, con total conocimiento de las intervenciones de su cuidado y la manifestación voluntaria de su consentimiento, lo cual evidencia el respeto a su autonomía y libertad, por tanto, a su dignidad.

El cuidado, asimismo, debe ser conceptualizado como los comportamientos y acciones que envuelven conocimiento, valores, habilidades y actitudes, rescatando el carácter prioritario de aliviar el sufrimiento humano dignamente, proporcionando los medios para manejar las crisis de vivir y morir, como es el caso del paciente crítico o aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia directa, manejo y soporte vital avanzado, en unidades de atención implementadas con tecnología de alta complejidad, solamente

disponibles en estas unidades y maniobradas por personal calificado. El paciente crítico tiene riesgo de descompensación fisiológica y por lo tanto requiere de monitoreo constante y la posibilidad de intervención inmediata por el equipo de cuidado intensivo y de shock trauma, para prevenir ocurrencias adversas a su integridad con intervenciones oportunas y seguras.

Ciertamente, la experiencia de la atención del paciente crítico requiere la prestación de un cuidado de enfermería especializado, oportuno y eficaz para la recuperación del paciente en condición crítica, el mismo que es atendido en unidades como UCI y Shock Trauma, que son servicios destinados a acoger a aquellos pacientes gravemente enfermos, o con posibilidades de evolucionar a la gravedad, así como también a aquellos pacientes que son sometidos a cirugías de mayor riesgo y que, por lo tanto, requieren una observación más estricta de sus funciones vitales. Hacia todos estos enfermos están dirigidos los esfuerzos humanos y científicos, a través de las enfermeras especialistas en cuidados críticos; especialidad de la profesión de Enfermería que fundamentada en dicha ciencia, se dedica al cuidado del paciente crítico. Esta especialidad es llamada también Enfermería en Cuidados Intensivos<sup>8</sup> y Críticos. Este equipo está capacitado con conocimientos y habilidades suficientes para trabajar con criterios de prioridad y coordinación y, por lo tanto, para tomar decisiones rápidas, que muchas veces implican hacerlo por el paciente, como lo es consentir y además colaborar en las intervenciones que tienen que ver con la prevalencia de la vida en situación de riesgo, en la que el paciente por su condición crítica y tampoco sus familiares - por la prioridad del tiempo- pueden asentir.

Por tanto, cuidar de alguien en estado crítico, significa tener la

preparación técnica científica y de conocimientos científicos puntualmente actualizada, así como el conocimiento de las ciencias de los valores, la ética, de tal manera que este cuidado no solo garantice la supervivencia física del paciente, sino que a la vez la preparación integral de la enfermera se evidencie mediante el respeto de su autonomía, esto es, no oponerse o ir en contra de sus decisiones libres, consientes y responsables, mediadas por la reflexión crítica y la práctica ética del cuidado, en cumplimiento de su función de ayudar a la persona en el proceso de enfermedad para ser productivo, independiente, autónomo en las decisiones de intervención de su cuidado mediante la práctica del consentimiento informado. Pese a que pudiera tener a cargo a un paciente en estado crítico, que demanda otro nivel de cuidado, el rol fundamental de la enfermera(o) será actuar legal y éticamente solicitando el consentimiento informado a la persona cuidada -si su condición lo permite- o a los familiares directos si se encuentran presentes, o actuar de acuerdo a ley que la exonera de esta responsabilidad, cuando se trata de un paciente en estado crítico, con riesgo a morir.

Al respecto, Páez Pinilla<sup>11</sup> considera que el consentimiento informado, *es un proceso gradual, en el cual se da información veraz al paciente acerca de su estado de salud, de los diferentes procedimientos y técnicas que se le puede realizar, explicándoles los riesgos y beneficios de cada uno, para que él sea capaz de tomar sus propias decisiones y de participar activamente en todo lo relacionado con su diagnóstico y tratamiento. Es un derecho, agrega, que debe ejercer toda persona con capacidad de decisión y quien debe dejar constancia de su aceptación o rechazo para ello, dice que se ha establecido dos tipos de consentimiento: El simple y*

*el escrito.*

En ese orden, el consentimiento simple se da cuando la *información que se brinda es general y sencilla; el paciente permite, admite o tolera un procedimiento o tratamiento, después de dárselo a conocer, de advertirle y de explicarle su finalidad, en forma verbal o escrita. Debe hacerse ante un testigo ya sea un familiar o persona del equipo de salud, en muchos casos la enfermera que está al cuidado del paciente. Los médicos lo utilizan constantemente; también, es la clase de consentimiento que emplean diariamente las enfermeras, y que logran gracias a la permanente comunicación que mantienen con sus pacientes, pero que hasta el momento no tiene ningún respaldo legal; entre otras cosas, la relación enfermera-paciente no tiene, desde el punto de vista jurídico, una condición de contractualidad como en la medicina<sup>11</sup>.*

Por otro lado, el consentimiento informado escrito *es un proceso más detallado que conlleva siempre un documento específico para cada acto médico; firmado, tanto por el paciente como por el médico que lo ha solicitado y quien realizará el procedimiento. Si el riesgo es muy alto, debe estar firmado por uno o dos testigos, ya sean los familiares o el representante legal<sup>12</sup> e inclusive la enfermera.*

Desde el punto de vista legal, Pinilla<sup>11</sup> dice que: *aunque el paciente firme un consentimiento general al ingresar a toda institución hospitalaria; y este se reduce a un acuerdo entre dos partes, cabe la pregunta: ¿Cubren estos consentimientos a todos los profesionales de la salud y concretamente a las*

*enfermeras?. Es bueno pensar en esto y revisar las dos clases de consentimientos que existen, en el supuesto caso de que se llegase a presentar una demanda por parte de un paciente que alude a una mala práctica en enfermería<sup>11</sup>.*

Es menester comentar la contribución de la enfermera en el consentimiento informado, verbal y escrito; este último se da para procedimientos médicos. Desde el punto de vista del Código de Ética de Enfermería en Colombia, este aporte está tipificado como *“colaboración en su obtención”* algunos bioeticistas traducen esta contribución con la valoración de los siguientes aspectos: *grado de autonomía con la que el paciente da el consentimiento, influencia de los familiares o allegados, capacidad del paciente para tomar decisiones, cantidad y calidad de la información recibida e impacto emocional ocasionado por la información<sup>11</sup>.*

Al respecto, algunas enfermeras consideran muy importante colaborar en su obtención, pero lamentablemente el médico delega en ellas la responsabilidad de informar y comunicarse con el paciente y su familia; por esto, hay quienes piensan que para bien del paciente no deben recibir esa responsabilidad delegada; y, por lo tanto, compete exclusivamente al médico, cuando de acto médico se trata; después de revisar artículos relacionados con el tema, se presume que el consentimiento informado escrito para procedimientos o actos de enfermería no está definido<sup>11</sup>.

En nuestro medio sucede lo mismo, el consentimiento informado es una suerte o albur, que algunas enfermeras decidan realizarlo; y si lo hacen es como una forma de protección, sobre todo, en las áreas críticas, donde los procedimientos son invasivos

y algunos causan dolor u otras molestias desagradables, como por ejemplo: la administración de algunos medicamentos, la inserción de sondas o catéteres periféricos, y otros procedimientos en los que al ser colaboradora, asume una responsabilidad compartida. Por otra parte, tampoco está definida su realización obligatoria y no existe normatividad que respalde con especificidad su estructura.

Así también, en Colombia, el debate sobre qué información debe dar la enfermera y quién debe informar al paciente, depende de la experiencia, de los conocimientos y del manejo del lenguaje que ella posea, respaldada por el Código de Ética de Enfermería que en su Capítulo III, numeral 8, al hablar de las responsabilidades de la enfermera con las personas que reciben sus servicios, la unge a *dar información adecuada, suficiente y oportuna a la persona, familia y comunidad, de acuerdo con sus necesidades, solicitud y capacidad de comprensión para, conocer su situación de salud y tratamiento, asegurar el ejercicio de su autonomía, obtener su consentimiento para los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, cuidado e investigación*<sup>12</sup>.

En el Perú, el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras(os) <sup>13</sup> establece en el Capítulo de la Enfermera y la Persona, Artículo N° 10° que: “la enfermera(o) debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia, a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de salud y las excepciones que la ley establece”. En el Artículo N° 12° establece: “la enfermera(o) debe cerciorarse de que la persona, familia y comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna” y en el Artículo N° 19°

acota: “la enfermera(o) tiene como responsabilidad primordial, el respeto a los derechos humanos orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados”. Si bien es cierto estos articulados no constituyen de manera clara la obligatoriedad de la información, como propósito de obtener un consentimiento informado, bien podrían constituirse como las bases para el mismo, de tal manera que en su oportunidad una enmienda, revisión o nueva propuesta oriente esta información hacia el consentimiento informado obligatorio; sea este verbal o escrito, de acuerdo a cada situación, reconociendo al cuidado informado y consentido como lo esencial de la profesión.

Esta esencialidad está en la raíz humanista tan profunda que tiene la profesión, lo cual reafirma que la enfermería es el cuidado que se aplica a la persona en su totalidad, vista como un ser único, que a su vez responde interactuando con la enfermera, con el equipo de salud y con el medioambiente. Resalta Pinilla<sup>11</sup> en razón de ello que *en enfermería, el proceso de dar información, como una forma de interactuar con la persona cuidada y permitir su participación en el cuidado, todavía no se presenta en forma adecuada, porque prevalece la idea maternalista en la relación con el paciente, en ella, el profesional de la salud es poderoso y bondadoso y el paciente es tenido como una persona incompetente para tomar decisiones.*

Por otro lado, en el contexto nacional, la prestación de los servicios de salud está influenciada enormemente por las diferencias sociales y el nivel cultural, dada la diversidad de esta; muchas veces se cree que será muy difícil lograr que la persona nos entienda, en lo que se le quiere decirle, más aún, que en la mayoría de las ocasiones se usa un lenguaje técnico, inadecuado,

poco claro para cualquier persona ajena al medio, agregado a ello que no siempre la persona directamente responsable de realizarlo lo hace, ello constituye la principal barrera en nuestra comunicación, parafraseando a Tomas de Aquino, diríamos que la enfermera que actúa en la comunicación, lo primero que hay que pedirle es que sepa lo que va a informar y cómo lo va hacer, porque a ciegas no se puede hacer nada.

Lo expuesto demanda el deber de intentar compensar estas carencias y suplirlas con una información inteligente, utilizando el lenguaje apropiado a cada cual en todos los espacios del cuidado, especialmente en aquellas donde se realizan procedimientos invasivos o dolorosos para el paciente, como una pauta de acción previa, que debe abarcar todo el quehacer de la enfermera, referenciando su actuar al consentimiento informado, que como reafirma Prieto<sup>14</sup> es el acuerdo de voluntades que se apoya, por un lado, en la información suministrada por el profesional de la salud y, por otro, en la decisión libre del paciente de aceptar o no lo que se le propone como pauta de acción. Así, pues, es evidente que el consentimiento informado en el Perú tiene las mismas limitaciones que se evidencian en los países vecinos, como Colombia, Chile, Ecuador, Argentina, entre otros; así como lo es también en España, país reconocido por su práctica ética en las acciones de salud; y, en el mismo país donde se de origen al consentimiento informado: Estados Unidos de Norteamérica, tanto en el campo médico, como el de la enfermería.

En el mismo orden de situaciones, al analizar el CI en el trabajo médico, este se da con evidentes errores de concepción y responsabilidad y solo se limitan a un monólogo de información

básica, sin mucha apertura a responder las interrogantes del paciente o su familia, no siempre lo realiza el profesional responsable de la intervención y la formalidad se da mediante la firma de formatos de intervenciones de más “alto riesgo” como lo son las intervenciones quirúrgicas, endoscopías, (Anexo 1-2) y de transfusión sanguínea (Anexo N° 3), formatos que la enfermera hace firmar, aunque los procedimientos o prescripciones son actos médicos. Analizados estos documentos, están lejos de ser un consentimiento informado con contenido ético o preservación legal. Son documentos inexactos, imperativos y de escasa precisión, lo que dificulta el entendimiento por el paciente y su familia.

A nivel de enfermería, el sustento normativo es débil y no muy específico para las intervenciones propias de la enfermera en el cuidado, La falta de tiempo, la diversidad cultural e institucional, y la no exigencia del mismo, hacen que este importante proceso se realice y se dé como una información intrascendente, incluida tácitamente en el acto del cuidado, sin evidencias de lo actuado, porque generalmente es una información verbal, situación que establece el reto de reestructuración urgente y prioritaria; así como, una concientización de la enfermera en relación a su importancia en el acto de cuidar.

Por tanto, para lograr una mayor concientización de las enfermeras respecto al consentimiento informado, dice Pinilla<sup>11</sup>, que se debe tener en cuenta lo siguiente: *Trascender a la simple legalidad, fomentando los valores humanos de la profesión y aumentando el respeto por la dignidad de la persona, a través de una alta calidad en el cuidado y una excelente comunicación con el*

*paciente.* La autora rescata de este modo la práctica ética en el consentimiento informado; sin embargo, reconoce el respeto que merece la autonomía del paciente, no con intención de delegar en él responsabilidades que no le corresponden, sino con la finalidad de que decida con conocimiento de la verdad y que pueda elegir libremente entre diferentes opciones de tratamiento, consciente de los riesgos y ventajas de cada opción. Significa, pues, que el CI en ningún caso puede asociarse a la liberación de responsabilidades, todo lo contrario, este debe generar una mayor responsabilidad en la calidad del cuidado.

Efectivamente, Pinilla<sup>11</sup> *considera que reconocer la autonomía de las enfermeras, a través del CI (lo incluye la investigadora), no como simple deseo de poder, sino para adquirir mayor responsabilidad y compromiso frente a sus pacientes.*

Agrega la autora que *cabe resaltar que el consentimiento informado en enfermería, antes que una exigencia legal, es una exigencia ética, que defiende la dignidad de las persona.* Paralelamente, consigna *promover un estudio interdisciplinario, con el que se sustente, si es conveniente o no el consentimiento informado escrito en enfermería y los casos específicos en que se aplicaría, tanto para mejorar las relaciones con los pacientes, la familia y el equipo de salud, como para garantizar un esclarecimiento del nivel de responsabilidad civil o penal de lo convenido, con lo que quedaría definitivamente argumentada ética y legalmente la necesidad de un CI propio para enfermería, siendo dicho propósito, sustentado en investigaciones, como pretende ser el presente trabajo investigativo.*

Por tanto, es menester reafirmar que no hay duda de

que la prioridad del consentimiento informado en enfermería es reconocer a la persona cuidada en su dimensión humana, por tanto, el aspecto ético de respeto a su dignidad implica también respetar su libertad y con ello su consentimiento y participación en todo aquello que involucre invadir la sacralidad de su cuerpo; sin embargo, no debe dejar de reconocerse que las características de los usuarios y el acceso a la información que tienen los pacientes, establecen una exigencia de guardar la legalidad de la información que se brinda, en resguardo de la idoneidad del desempeño de la enfermera, la autonomía de la profesional de enfermería y de la persona cuidada, tan necesaria para un CI eficaz, basado en la relación de persona a persona.

Al respecto, Joyce Travelbee<sup>10</sup> reafirma que una relación de persona a persona es primariamente una experiencia o una serie de experiencias que se dan entre la enfermera(o) y el receptor de sus cuidados. La principal característica de estas experiencias es que sirven para satisfacer las necesidades de enfermería que presentan los individuos. En las situaciones de enfermería, la relación de persona a persona constituye el medio a través del cual se consiguen los propósitos de la enfermería. La relación de persona a persona se establece cuando la enfermera(o) y el receptor de sus cuidados consiguen un acercamiento después de haber pasado por las distintas fases del encuentro original, la presentación de la identidad, la empatía y la simpatía.

En esta perspectiva de opinión, el consentimiento informado, reconocido como un proceso gradual, ofrece la oportunidad de iniciar una relación de persona a persona. Así, el

sujeto cuidado recepcionará la información que se le brinda como el inicio de un encuentro original, que genere empatía y simpatía, lo cual influirá positivamente para el otorgamiento de un cuidado de enfermería humano, de calidad y ético, en tanto que reconoce la dignidad de la persona, traducida en su autodeterminación; y legal, lo que favorece la correcta dación del mismo.

Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado está respaldado principalmente en el Perú por la *Ley General de Salud* (Ley N° 26842) que en el Título: De los Derechos Deberes y Responsabilidades Concernientes a la Salud Individual, Artículo 4º, establece lo siguiente: *Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo, o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa, de este requisito, las intervenciones de emergencia.*

Lo propio se indica en el Artículo N° 15º, el cual establece que *toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho a: Inciso g), que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como, sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y de los medicamentos que se le prescriban y administren; así también, se establece en el inciso h), a que se le comunique todo lo necesarios para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.* Es decir, el consentimiento informado está establecido por ley, pero lamentablemente como toda ley se cumple a medias o no se cumple, sin que haya un organismo

verificador de su cumplimiento.

De la misma manera, en el Título Segundo: De los deberes, Restricciones y Responsabilidades en consideración a la salud de terceros, el Capítulo I: Del Ejercicio de las Profesiones Médicas y Afines y de las actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud, el Artículo 27° establece lo siguiente: *El médico tratante, así como el cirujano-dentista y la obstetrix, están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos. Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente; el médico, está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.*

Hay necesidad de resaltar, que este articulado es la clara evidencia de que la información se puede delegar a otro profesional de la salud (en la que no se considera a la enfermera); sin embargo, el consentimiento informado está circunscrito a la potestad médica, en una clara y equívoca concepción de que solo el médico tiene responsabilidad en solicitar el consentimiento de sus intervenciones, olvidando que cada profesional que interviene tiene la obligación ética y por ende legal de hacerlo, en el marco del respeto a la persona, respaldada en otras normas internacionales como lo son la Declaración Universal de los Derechos Humanos; y, en relación a la profesión el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú y la Ley del Trabajo de la Enfermera(o); estos últimos deberían consignar la obligatoriedad del consentimiento informado para Enfermería, constituyéndose en los pilares y respaldo ético legal de la generación de este importante documento.

## CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO

### 2.1 Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo descrito por Polit<sup>15</sup>, *como aquella investigación que lleva a descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando lo que los participantes dicen: Sus experiencias, pensamientos y reflexiones tal y como son emitidas y expresadas y no como el investigador lo describe; el objetivo será buscar una situación determinada en los métodos y técnicas que se usaron para recabar, analizar e interpretar los resultados; y el uso que se hará de los conocimientos producidos. La investigación cualitativa tiene como principal ventaja su flexibilidad y es que permite obtener indicios de la verdadera naturaleza de fenómenos complejos a través de información obtenida a profundidad.*

La opción por dicho enfoque en la presente investigación está fundamentada, porque tuvo como objeto de estudio las

experiencias de las enfermeras de los servicios críticos del HNAAA, en el cuidado y la práctica del consentimiento informado, lo que permitió identificar describir y analizarlas mediante la interpretación de discursos significativos que fueron emitidos por las enfermeras de los servicios de Shock Trauma – Emergencia y UCI, en un proceso de encuentro y diálogo entre la investigadora y la persona informante, desde el primer contacto hasta la culminación de la entrevista.

## 2.2 Abordaje metodológico

El presente trabajo científico tuvo como abordaje metodológico cualitativo, el estudio de caso, descrito por Pérez Serrano<sup>16</sup> como *un camino para la construcción del conocimiento, basado en la idea de que al analizarse con detalle una unidad de un grupo determinado, se pueden comprender sus características en profundidad*. Al respecto, Orto<sup>17</sup> afirma que *el análisis de una unidad de determinado universo permite la comprensión de la generalidad del mismo (...). El estudio de caso es el examen detallado de un caso con características únicas, dentro de un contexto real, utilizando múltiples fuentes*.

En esta investigación, la unidad de estudio fueron las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en Servicios Críticos, las mismas que nacieron de *una realidad exterior propia, por tanto, está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior, sin al mismo tiempo tener la experiencia*<sup>9</sup>. Para ello, se eligieron las dos unidades críticas de mayor semejanza contextual, de tal manera que al analizarlas

profundizaron la comprensión de sus características.

En aras de una mejor comprensión del abordaje metodológico, se enuncian las fases y principios del estudio de caso que guardaron estrecha relación con la presente investigación. Según Andrade<sup>18</sup> *el estudio de caso consta de 5 fases: Etapa exploratoria, planeamiento, recolección de datos y evidencias, análisis de resultados; y presentación del informe.*

La primera *etapa exploratoria*, afirma Morse<sup>19</sup> *es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio, pueden existir algunas preguntas o puntos críticos que van siendo explicados, reformulados o eliminados.* En esta etapa se resaltó que la fuente del presente tema de investigación se originó en la experiencia que como supervisora le correspondió desempeñar a la investigadora, la misma que fortaleció la elección del tema; sin embargo, el contacto con la literatura, los aportes de las docentes y maestrantes; y la conducción acertada de la asesora, fue modificando la idea para finalmente delimitarla y definir con mayor claridad, tanto el objeto como el sujeto de estudio y el contexto de su realización. A partir de la premisa propuesta, nacieron nuevos elementos como producto de la revisión bibliográfica y de las fuentes de datos que finalmente permitieron establecer con precisión los objetivos propuestos.

La segunda es *el planeamiento*, realizado a partir de lecciones derivadas del marco teórico y las características del caso. Esta fase, correspondió a la redacción y formulación del proyecto de investigación, donde se procedió a realizar una búsqueda minuciosa de la información necesaria para la elaboración del

marco teórico; se eligieron a los autores que aportarían el marco teórico, se ubicaron los antecedentes y se determinaron los sujetos de investigación; así como, se delimitó el contexto de investigación y de los participantes. En esta etapa, también se plasmó el diseño de los instrumentos de *recolección de datos*, que fue la entrevista semiestructurada constituida por 5 preguntas, todo ello se transcribió en un cronograma de actividades que se cumplió con algunas limitaciones y que cuando fueron concluidas se marcaron con un *check*.

La tercera etapa la constituye la *recolección de datos y evidencias*; dependiendo del objeto de estudio, las características y la naturaleza de la materia objeto de la investigación. En este caso, la técnica de recolección de datos para el abordaje cualitativo fue la entrevista semiestructurada. Previa a su aplicación, se realizó la validación de la entrevista con tres entrevistas piloto, las mismas que permitieron hacer el reajuste de los servicios participantes ya que se hallaron características del cuidado y de la persona cuidada más homogéneas en dos de ellos por lo que se obvió a uno.

Posterior a ello, se realizó la solicitud del permiso de la institución, para realizar la recolección de la información, la misma que tuvo algunas dificultades administrativas que fueron felizmente superadas, estando autorizada por Carta N° 511 UCI y D, GRALA."JAV".ESSALUD.2012 (Anexo N° 4), así se llevaron a cabo las entrevistas a las enfermeras, estableciendo una cita previa a su elección. Se realizó la entrevista en el lugar preestablecido, acondicionando un ambiente para que sea lo más íntimo y relajado posible, realizándose en la mayoría de las veces al final de

su jornada laboral y otras en el intermedio de su descanso.

Así, a pesar de la confirmación de las citas, muchas veces se tuvo que postergar debido a inconvenientes personales de las informantes y también por el deterioro de la grabadora. Cada entrevista tuvo un promedio de 45 minutos y se llevó a cabo con la mayor cordialidad y disposición de las entrevistadas; estas fueron reproducidas inmediatamente de concluidas, para garantizar su inequívoca transcripción. El proceso de transcripción tuvo un promedio de inversión de tiempo de tres horas, las mismas que fueron leídas y releídas para luego ser presentadas y aprobadas.

El *análisis de resultados* es la cuarta etapa. No hay una guía única para analizar los resultados de un estudio de esta naturaleza. En esta etapa la información obtenida ha sido transcrita manteniendo su integralidad. Se leyeron y analizaron los discursos, realizando un análisis pormenorizado y profundo de todos los datos que se obtuvieron en los discursos, utilizando el método de recorte e identificación por colores de los discursos con significados análogos. Se hizo una fragmentación de estos, obteniendo 114 fragmentaciones significativas, relacionadas directamente con los sujetos y objeto de estudio, así como con los objetivos de la investigación. Posteriormente, se agruparon por similitud contextual, lo cual dio lugar a cuatro grandes categorías y 11 subcategorías preliminares o empíricas, para finalmente quedar estructuradas en tres grandes categorías científicas y sus respectivas subcategorías, para un mejor análisis de las mismas.

De la misma manera, se usó también el diario de campo a lo largo de toda la investigación, este sirvió para registrar hechos

relevantes, observaciones, reflexiones, deducciones, interpretaciones del lenguaje no verbal de las participantes y hechos anecdóticos que no faltaron y que ayudaron a una mayor comprensión y análisis posterior de los discursos.

La quinta etapa es la *presentación del informe*; al respecto, se establece que terminada la recolección de datos, se procede a *la elaboración del informe por la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible en una presentación, considerando en su redacción, el modelo de la estructura, siguiendo el esquema de presentación de trabajos cualitativos requerido por la institución para la cual se desarrolla la investigación*<sup>20</sup>.

En este caso, es la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú, quien ha establecido el modelo de presentación, considerando el enfoque estándar para estos casos, guiado por una secuencia de puntos que incluyen el tema, la cuestión o el problema que está siendo estudiado, una revisión de la literatura, es decir, la exposición de la plataforma teórica, las técnicas de recolección utilizadas, los resultados preliminares obtenidos, las consideraciones finales y recomendaciones, las mismas que se redactaron al finalizar el análisis y discusión de todas las categorías propuestas. Finalmente, se incluye las referencias bibliográficas en el orden de su utilización y los anexos que corroboran lo sustentado.

### 2.3 Sujetos de investigación.

Martínez M.<sup>20</sup> alega que aunque la investigación cualitativa usa muchos tipos de información, la que más busca es aquella que mayor relación tenga y más ayude a descubrir las estructuras

significativas que dan razón de la conducta de los sujetos de estudio, que en la presente investigación fueron las enfermeras de los Servicios de UCI y la Unidad de Trauma Shock (Emergencia) del Hospital Nacional AAA. EsSALUD - Chiclayo, Perú.

Añádase a ello, que se consideró como criterios de inclusión (entendida ésta, como las normas para decidir a quién se le solicitó participar en el trabajo de investigación para garantizar la confiabilidad de los resultados y para proteger a los participantes), las siguientes condiciones: 1) enfermera permanente del Servicio, 2) con más de dos años de experiencia en el Área, 3) que participó voluntariamente en el estudio. El número de participantes, en ambos servicios, se determinó por saturación y redundancia, cuando los discursos saturaron la información necesaria para la respuesta a los objetivos de la investigación y por tanto se dio por satisfactorio y suficiente la información, situación que se facilitó con la participante décima. Se consideraron como criterios de exclusión a las enfermeras con menos de dos años de experiencia, de permanencia no estable en el Área, aquellas que no desearon participar de manera voluntaria, que para los efectos de la investigación no se dio en ningún caso.

Respecto a la elección de las enfermeras participantes, se consideró al azar, por turnos programados, eligiendo a aquellas que les tocara su primera tarde, previa a una explicación y la firma del consentimiento informado. Para proteger la identidad de las participantes se utilizó seudónimos, en un primer momento de flores y aves, elegidas por ellas; posteriormente, la investigadora les asignó seudónimos, para una doble protección, con nombres de

diosas de la mitología greco-romana, considerando que muchos conceptos relacionados al estudio, tienen su origen en dichos nombres. Estas fueron: Fauna (Diosa de la Salud), Disciplina (Diosa del Deber), Empanda (Diosa de la Generosidad), Fides (Diosa de la Confianza), Lustitia (Diosa de la Justicia), Libertas (Diosa de la Libertad), Minerva (Diosa de la Sabiduría y el Arte), Salus (Diosa del Bienestar), Suadela (Diosa de la Persuasión) y Venus (Diosa del Amor).

Las enfermeras, sujetos de estudio, están caracterizadas por su acreditación en sus áreas de especialidad; así en la UCI, el 8% tiene grado de doctor, el 40% de magíster, el 12 % ha concluido sus estudios de doctorado, 20% realiza en la actualidad sus estudios de maestría, así también el 60% son especialistas, 20% están en vía de lograrlo y 20 % tiene especialidad que han acreditado por experiencia. En Shock Trauma-Emergencia 50% de ellas son especialistas, las otras son expertas clínicas por su amplia experiencia en el área, el 70% están acreditadas por la Escuela de RCP de EsSALUD, el 20% han concluido sus estudios de maestría en diversas áreas, y en la actualidad el 12% estudia maestría en Enfermería. Si bien es cierto, ellas se han preocupado por su capacitación científico tecnológica, sus estudios de ética y bioética están dados por cursos de corta duración, no más de 10 horas o están incluidos en sus estudios de doctorado, maestría o segunda especialidad. Las informantes, en relación a su edad tienen una media de 43 años y 15 años de servicio en promedio, siendo 4 el mínimo y 30 el máximo.

#### 2.4 Escenario

La presente investigación tuvo como escenario el Servicio de

Cuidados Intensivos, ubicado en la parte central del segundo piso del área nueva y el Servicio de Emergencia en su área crítica de Shock Trauma, ubicado en el inicio del ala izquierda del Servicio de Emergencia, entrando por la puerta lateral; ambos son servicios de atención hospitalaria del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, categorizado hasta hoy como Hospital de Nivel IV (de alta complejidad), el mismo que pertenece a EsSALUD. Esta Institución paraestatal creada por la ley intitulada: Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSALUD), LEY N° 27056<sup>21</sup> tiene por finalidad *dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas; y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.*

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) depende, dentro de la estructura organizativa, de la Gerencia de Áreas Críticas y del Departamento de Enfermería; se encuentra ubicada en el segundo piso; tiene 10 camas presupuestadas, ubicadas en cubículos individuales y se mantienen regularmente con un porcentaje ocupacional de 100%; es una UCI polivalente, ya que atienden pacientes de diferentes edades desde 28 días de nacido y diferentes diagnósticos médicos y quirúrgicos complicados, con falla multiorgánica o estén en alto riesgo de tenerla.

De igual manera, los pacientes postquirúrgicos, aceptados son de especialidades de alta complejidad, como neurocirugía, Cirugía cardíaca de niños y adultos, Cirugías mayores de abdomen y Gineco-obstétricas complicadas, eventos de insuficiencia

respiratoria aguda con requerimiento de Unidad de asistencia ventiladora mecánica (respirador artificial), Shock séptico, Coma hepático, Hemorragias digestivas (shock hipovolémico), Desequilibrio hidroelectrolítico, Insuficiencia renal aguda o crónica descompensada, TEC grave y politraumatismo grave, entre las de mayor frecuencia. No se incluye a los pacientes quemados por el alto riesgo de infección.

El personal de enfermería en la UCI lo constituyen 25 enfermeras; la *enfermera jefe* ha sido designada por concurso. El trabajo de la enfermera dentro del Plan de Cuidados, consigna variados procedimientos invasivos como la colocación de sondas (naso gástrica, Foley, etc.), canalización venosa periférica, administración de medicamentos prescritos que tienen efectos colaterales muchas veces riesgosos y con efectos colaterales adversos, fisioterapia respiratoria, asistencia compartida en procedimientos emergentes como RCP, desfibrilación, cardioversión, implantación de *catéter venoso central y línea arterial periférica*, (ellas muchas veces lo realizan con autonomía procedimental), *sonda de Sengstaken Black More*, entre otros, que si bien es cierto están dentro de sus funciones interdependientes, asumen la responsabilidad corporativa de su ejecución .

En relación al usuario, como es sabido, los pacientes de esta Área, generalmente tienen alteración de la conciencia (somnolencia o sopor y coma), ya sea por el curso de la enfermedad o por la necesidad de sedación, para la tolerancia de procedimientos, como la ventilación mecánica; aun así, es evidente el alto grado de ansiedad que exteriorizan de múltiples formas, incluidas las respuestas fisiológicas como taquicardia,

hipertensión e hiperventilación; y psicológicas como la negatividad al tratamiento, irritabilidad, temor (al verse rodeado de tanta tecnología) y algunas veces manifestaciones de desconfianza y percepción de peligro para su integridad biológica.

A todo esto se añade que la visita de la familia está restringida a una hora por la tarde y en casos excepcionales pasan antes, la información de la evolución del paciente es un acto de diaria planificación, generalmente lo realiza el médico y se hace en horas de la mañana o excepcionalmente cuando lo solicita el familiar, por la gravedad del paciente o porque hay que realizarle un procedimiento médico o quirúrgico de alto riesgo. Los familiares de los pacientes permanecen las 24 horas del día en una Sala de Espera, en la parte externa de la UCI, en actitud de espera angustiada, compartiendo creencias y ritos religiosos que fortalecen su fe y esperanza y que menguan su ansiedad. La enfermera es mayoritariamente la interlocutora permanente de los acontecimientos que dentro de ella se dan y está en permanente comunicación con los familiares.

En similitud, la Unidad de Shock Trauma (Emergencia) está destinada a brindar un cuidado expeditivo y adecuado al paciente que presenta en forma súbita gravedad extrema y generalmente es ingresado por algún familiar, al considerar que se ha puesto en riesgo su vida. Esta Área de fácil acceso cuenta con una capacidad instalada de tres cama-camillas; sin embargo, se llega a atender simultáneamente hasta 9 pacientes por turno; actualmente, se ha habilitado para tal fin el ambiente de tópicos de medicina para atender a los pacientes coronarios e individualizar su atención, primero por las condiciones de los otros pacientes que se atienden

y por la variedad de procedimientos que se realizan, lo cual incrementa el estrés del paciente coronario que generalmente está lúcido, siendo para él un factor de complicación, como por ejemplo la ampliación de un infarto.

Dentro de los criterios de admisión, se consideran a pacientes de *Prioridad I*, aquellos que están en riesgo vital, entre ellos el paro cardíaco, insuficiencia respiratoria, edema agudo de pulmón, crisis hipertensiva, infarto agudo de miocardio (IMA), traumatismo torácico, arritmias cardíacas, traumatismos abdominal cerrado por heridas punzo penetrantes y por arma de fuego, pancreatitis aguda, cetoacidosis diabética, intoxicación por órganos fosforados, traumatismos vertebro medular y encefalocraneano grave, inconsciencia súbita, shock anafiláctico, hipovolemia aguda, insuficiencia renal crónica descompensada y mantenimiento de donante de órganos, entre otros.

Dentro de este contexto, el número de atenciones promedio al mes es de 180 pacientes, considerando que es el único Servicio del Departamento de Lambayeque que cuenta con el recurso humano calificado y certificado para brindar atención al paciente crítico-emergente; para ello cuenta con 5 enfermeras asignadas al rol horario mensual y una programada en cada turno; cabe resaltar, que del total de enfermeras del *estaff* de emergencia no todas rotan por esta Área, la misma que se realiza cada tres meses, con las de mayor acreditación en el área.

Los procedimientos realizados con más frecuencia son la RCP básica y avanzada, atropinización, intubación endotraqueal, apoyo ventilatorio mecánico, monitoreo hemodinámico, cardíaco,

neuroológico, electrolítico, colocación de sondas, canalización de vía periférica e implantación de catéter central, análisis de gases arteriales (AGA) para lo cual la enfermera realiza la punción arterial, trombolisis en IMA, protección de órganos para trasplante entre otros. Esta área de emergencia se caracteriza mucho más que las otras por una sobrecarga laboral de la enfermera, un clima laboral estresante y muchas veces con limitaciones en el abastecimiento de insumos, en la rapidez en la viabilidad de las interconsultas de especialistas, dotación de personal insuficiente para la realidad objetiva, entre otras, que crea frustración en la enfermera y origina reclamos del paciente o sus familiares, de manera constante.

A diferencia de UCI, los familiares no tienen acceso al Servicio, permanecen en la parte externa, en la explanada, en condiciones deplorables para su *comfort* mínimo. Cuando es necesaria su presencia son solicitados a través del agente de seguridad, lo que muchas veces ocasiona confusiones o ausencia de los familiares por las condiciones inhóspitas del lugar de espera; esto limita la participación del familiar en las decisiones médicas, generando el retraso de la atención o la intervención inconsulta de algunos procedimientos que a criterio de experto, el profesional de salud considera necesario. Estas situaciones han generado la presencia de autoridades legales, como el fiscal de Prevención de Delito en resguardo de la correcta praxis médica y de enfermería, este asiste tanto a solicitud de los familiares como del personal de salud, en este caso a través del jefe de la guardia. En esta área la enfermera constituye el nexo entre el paciente o su familia y el médico, siendo la ubicación de espera una limitante para las comunicaciones oportunas que muchas veces se delegan al

vigilante de turno, con la consiguiente exposición a errores y/o confusiones.

#### 2.4 Instrumentos de recolección de los datos

Se utilizó la entrevista, que fue semiestructurada, aplicada a profundidad por la investigadora. Al respecto, Pérez<sup>22</sup> establece que este tipo de entrevista *está basada en una guía de asuntos o preguntas en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados*; asimismo, Díaz<sup>23</sup> expresa que *la entrevista es un intercambio verbal que nos ayuda a reunir datos durante el encuentro de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico (...) entrevista significa, entrever, ver uno al otro.*

Esta descripción sería incompleta, si no nos referimos a la aplicación de estas consideraciones, que permitieron plantear otras interrogantes que fueron surgiendo en el momento de entrevistar a las enfermeras y que asintieron posteriormente responder a los objetivos del presente estudio de caso. La guía de preguntas de la entrevista semiestructurada (Anexo N° 5), cumpliendo con los criterios de rigor científico, fue aplicada a las enfermeras que reunieron los criterios de inclusión antes mencionados y que fueron diez; cinco enfermeras de la UCI y cinco, de Shock Trauma, quienes fueron identificadas finalmente con nombres de diosas greco-romanas como seudónimos.

Burns<sup>24</sup> afirma que los *métodos de recogida de datos más comunes utilizados en los estudios cualitativos son la observación*

*a los participantes, las entrevistas y el análisis de textos escritos; sin embargo, se sabe que las fuentes en la investigación cualitativa son múltiples y se pueden complementar, (...) de acuerdo a lo que se quiere profundizar o esclarecer.*

En la presente investigación, el instrumento aplicado a las enfermeras participantes fue una entrevista semiestructurada, entendida esta, como una reunión para intercambiar información entre una persona (entrevistador-a investigadora); y, otra (entrevistado-a enfermeras de UCI y Shock Trauma), mediante preguntas y respuestas respecto a un tema, entrevista que se caracteriza por no ser limitada previamente, aunque el tema preliminarmente es definido. *Las preguntas dirigidas en las entrevistas tienden a cambiar a medida que el investigador aumenta sus evidencias a partir de entrevistas previas y de observaciones. La entrevista se realiza para conseguir un profundo y mutuo entendimiento*<sup>24</sup>, afirma el autor; en este caso, las entrevistas permitieron recoger la información sobre las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicio crítico, las que por saturación y redundancia limitaron su número.

La observación, dice Burns<sup>24</sup>, es un método fundamental de recogida de datos en los estudios cualitativos. El propósito es recoger información de primera mano en el lugar natural donde ocurre la situación. Es importante para el investigador mirar cuidadosamente y escuchar. En muchos casos, las actividades que se observan son rutinarias para los participantes. El investigador se centra en los detalles de la rutina (...). Los sucesos inesperados,

que ocurren durante las actividades rutinarias, pueden ser significativos y son anotados cuidadosamente. Para ello, la investigadora realizó la entrevista semiestructurada a profundidad tratando de retratar la realidad con la mayor exactitud posible, la misma que se reafirmó a través de la observación no participante, la cual se limitó a mirar y a tomar nota sin relacionarse con los miembros del grupo; para lo cual, se diseñó un diario de campo, en el que la investigadora registró lo observado durante la entrevista, así como las expresiones verbales y no verbales (expresión de los ojos, mirada, gestos expresión facial, etc.) y que permitieron rescatar el verdadero sentido de la experiencia vivida expresada, la misma que se registró en la redacción del discurso; también sirvió para describir algunas observaciones hechas excepcionalmente por la permanencia en el servicio, corroboradas en los discursos de las informantes.

## 2.5 Procedimiento

Previa la presentación, sustentación y aprobación del proyecto de investigación por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo-Perú y validado el instrumento de recolección de datos mediante la ejecución de la prueba piloto, se procedió a recoger los datos de las informantes enfermeras de los servicios de UCI y Shock Trauma-Emergencia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Las entrevistas se ejecutaron de manera alternada, de acuerdo a su disponibilidad; estas se desarrollaron en ambientes preestablecidos a su solicitud, acondicionados para mantener la privacidad de la misma. La actividad priora a la entrevista fue explicar los objetivos de la investigación; para su autorización, se

asintió preguntas para aclaraciones pertinentes, observándose que en la mayoría había una resistencia a firmar el consentimiento informado que consigna su nombre y DNI; se aclaró que sería celosamente guardado por la investigadora y solo se manejaría su seudónimo. Aperturada la confianza y antes de iniciar la entrevista se procedió a la firma del consentimiento informado (Anexo N° 6).

A continuación, se aplicó la entrevista utilizando una grabadora y refiriendo en cada momento que se mantendría la privacidad y anonimato por lo que podían expresarse con plena libertad y así se hizo. En total se realizaron 10 entrevistas delimitadas en número, por el principio de saturación y redundancia; lo establecido por Mejía Navarrete<sup>25</sup>. El autor expresa que este principio permite definir el tamaño de la muestra cualitativa, el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas y cuyos resultados representan al colectivo—objeto de estudio. Lo hace al referirse al muestreo en la investigación cualitativa y agrega que *al no encontrar significados diferentes estaría concluyendo un proceso de saturación*<sup>25</sup>.

Habría que decir también que las entrevistas tuvieron un promedio de duración de 45 minutos. El tiempo utilizado para la elaboración de las entrevistas semiestructuradas a las enfermeras fue aproximadamente de tres meses, debido a las múltiples actividades que ellas realizan y lo imprevisto de la disponibilidad de su tiempo.

Concluida la recolección de los datos, se procedió a la transcripción fidedigna de la entrevista aplicada a las enfermeras, las mismas que se realizaron de manera inmediata a la

conclusión de la misma, para poder registrar no solo el contenido de la conversación sino también el tono de voz, las inflexiones, las expresiones no verbales, y pausas del participante, ayudados por los registros del diario de campo, proceso nada sencillo y cuya transcripción por discurso llevó un promedio de 4 horas, para poderlos transcribir tal cual fueron relatados por los sujetos de investigación; luego se llevó a cabo la lectura y relectura de los discursos transcritos, para identificar unidades de análisis significativos que nos permitan más adelante poder identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado y la práctica del consentimiento informado, basados en lo expuesto por las enfermeras sujetos de estudio.

## 2.7 Análisis de los datos

El análisis de datos es una técnica de investigación destinada a formular a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a su contexto. El análisis de datos cualitativos, según Burns<sup>24</sup>, consta de tres etapas: La descripción, análisis e interpretación. La primera etapa es más importante en los estudios cualitativos que en los cuantitativos. Los investigadores (de estudios cualitativos, agregado por la investigadora) se detienen en la fase descriptiva el mayor tiempo posible antes de empezar el análisis y la interpretación, porque necesitan familiarizarse profundamente con los discursos.

El análisis va más allá de la descripción, usando métodos para transformar los datos. A través de este proceso, el investigador lleva los datos más allá de la descripción. Con el análisis, agrega Wolcott<sup>26</sup>, *el investigador identifica las características y describe las interrelaciones entre ellas*. Realizar el

análisis, implicó el repaso y asimilación de los discursos, de manera pormenorizada, y considerándose para ello las tres etapas propuestas por Burns<sup>24</sup>

La primera es el *preanálisis*, siendo la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permite examinar los datos y realizar efectivamente el análisis<sup>24</sup>. En el estudio la investigadora realizó las revisiones de las entrevistas grabadas, escuchándolas, hasta que se vio inmersa en los datos, para ello se repitieron con la frecuencia necesaria para poder no solo entender sino también internalizar los discurso, de tal manera que la familiaridad con los mismos le permitieron una mejor contextualización semántica, que facilitó su análisis a la luz del conocimiento de las bases teóricas.

La segunda etapa es la *codificación*, la cual consiste en realizar una transformación de los datos brutos, a los datos útiles. Burns<sup>24</sup> refiere que *en esta etapa se realizará el filtro de discursos, fragmentación de los mismos y la extracción de unidades significativas*; estas, en el presente trabajo, se obtuvieron de los discursos, previamente llevadas del EMIC al ETIC, utilizando el método de recorte e identificación por colores. Al fragmentar los discursos, se obtuvieron 114 fragmentaciones significativas, relacionadas directamente con los sujetos y objeto de estudio; seguidamente, se procedió a agrupar por similitud semántica, dando lugar a la codificación y agrupamiento que tuvo un constructo de hasta cuatro intentos, quedando con una propuesta final, después de haber reintentado “encarcelar” los fragmentos con la mayor propiedad posible de similitud.

Finalmente, la última etapa fue la de *categorización*, que consiste en *la organización y clasificación de las unidades obtenidas en grandes categorías y subcategorías*<sup>24</sup>. La investigadora una vez obtenido los datos, los procesó con el análisis temático relacionado al contenido, codificando y clasificando los temas que dieron origen a las grandes categorías y subcategorías preliminares o empíricas; en primera instancia, cuatro con 12 subcategorías para luego de un análisis de los discursos a la luz de la teoría pertinente, establecer tres grandes categorías científicas y subcategorías correspondientes.

La presente investigación ha constituido un reto para la investigadora, toda vez que su experiencia estuvo orientada a las investigaciones de tipo cuantitativo, lo cual generó algunas limitaciones en el avance, que fueron superados por la atenta y delicada asesoría recibida, en lo concerniente a los sujetos de investigación aun hay dificultades para involucrarlas en la investigación, el tiempo sobrecargado por las horas extras, otras labores adicionales y su rol de amas de casa, limitan su participación. Por ello no podemos dejar de mencionar que esta falta de compromiso, también evidencia el temor a la falta de confidencialidad que puede suponer hacerlo en un medio conocido; de igual manera, la autorización para realizar la investigación, aun que está precedida de normas y convenios, encuentra su dificultad en la concesión del campo clínico como contexto de un hecho, en la medida que la investigación cualitativa en el medio clínico no ha establecido, para quienes la autorizan, su diferencia con los ensayos clínicos. Felizmente todas estas dificultades fueron superadas con la benevolencia y aporte de todos los actores involucrados en la presente investigación,

procediéndose a la investigación, en opinión de la autora, exitosa y de trascendencia para el trabajo de la enfermera.

## 2.8 Principios éticos

La condición de persona es el fundamento ontológico real que sustenta y da validez a los principios teóricos de la bioética personalista, principios que operan como ayuda y guías de la acción al tomarse en consideración en cada decisión relativa con el paciente y en la investigación con seres humanos. Los principios éticos, en los que se basó la presente investigación, son los *principios de bioética Personalista*, formulados por E. Sgreccia<sup>27</sup>, ratificada en el Perú, por el Decreto Supremo N°011-2011-JUS<sup>28</sup>, que establece los Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos.

El valor fundamental de la vida física (primordial en cuanto fundamento de todos los demás valores y principios) prescribe la indisponibilidad de la vida y la sacralidad de la misma. El cuerpo es fin y sujeto (Leib), en cuanto lugar donde se manifiesta la persona, entendida como unitotalidad trascendente: Es la mente la que estructura el cerebro, es el alma la que vivifica e informa el cuerpo.<sup>29</sup>

Llegado a este punto, es menester resaltar que en la presente investigación se aplicó este principio al escuchar los discursos de las enfermeras sin cuestionarlos, respetando en todo momento sus opiniones; se evitó exponerlas a experiencias para las que no han sido previamente preparadas, como preguntas comprometedoras; evitando considerarlas como un medio disponible para la maximización de lo útil (...) <sup>27</sup>, sino más bien, como protagonistas de

un fin, en este caso la investigación.

El *principio de libertad y responsabilidad* aduce que *una de las características del ser humano es la autodeterminación, por decisión propia y en base a un conocimiento racional de los hechos. Esta propiedad, se deriva de la propia naturaleza humana y atropellarla supondría una manipulación de estas*<sup>27</sup>. La investigadora en todo momento ha fomentado la participación voluntaria, informándoles previamente sobre el objetivo de la presente investigación y las que accedieron a participar firmaron el consentimiento informado (Anexo N° 6), teniendo plena libertad para abandonarla cuando así lo creyeran conveniente sin temor a ningún tipo de represalia o minusvalía; todas aceptaron luego de consensuar la irrestricta confidencialidad y que data en doble sinónimo, este último conocido solo por la investigadora.

El *principio de totalidad o principio terapéutico*, lo que *concede al todo disponibilidad sobre las partes, resalta el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas pero que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y persona (..) para incluir en el bienestar psicosomático de la persona*<sup>27</sup>. Este principio se aplicó durante la entrevista al respetar las emociones y sentimientos de las participantes; no fue necesaria la suspensión de alguna de ellas, aunque el recuerdo de algunas situaciones les produjo sentimientos de frustración, incertidumbre, asombro y no pocas veces ira, una actitud de comprensión y empatía por parte de la investigadora, evitó en todo momento que estos sentimientos negativos pudieran afectar emocionalmente a las participantes.

Finalmente, el *principio de sociabilidad, socialización y subsidiariedad* afecta a cada persona e implica un realizarse ejerciendo una participación en la realización de otros hombres. En el caso de la promoción de la defensa de la vida y de la salud, comporta para cada uno el empeño de considerar la propia vida y la de los demás como un bien no solo personal sino también social, todos están involucrados en la vida y la salud de los demás, en ayuda al otro<sup>27</sup>.

Si bien es cierto que la aplicación de este principio tendrá su máxima expresión cuando se viabilice y haga efectivo el consentimiento informado para enfermería, no es menos cierto que las participantes sienten y lo han manifestado así, que sus intervenciones servirán para beneficiar a todas las enfermeras y de manera particular a las que trabajan en las áreas críticas. Además, generó una invitación tácita a retomar reflexivamente este importante tema, ello sin duda se proyectará a sus representantes organizados, para establecer las estrategias que permitan instaurar el consentimiento informado, propio para Enfermería, que refrende el cuidado humano, holístico y de calidad a partir de la propuesta de ley presentada por la investigadora y que deberán hacerlo suyo, para que en el más corto tiempo sea una realidad.

## 2.8 Criterios de rigor científico.

Castillo E.<sup>31</sup> enjuicia estos principios estableciendo que *la calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los(as) investigadores(as) permanentemente deben garantizar y que los(as) profesionales de los servicios de salud necesitan evaluar antes de utilizar los resultados de los*

*estudios. La calidad de un estudio está determinada, en buena parte, por el rigor metodológico con que se realizó. Los estándares de calidad para los estudios cuantitativos están muy definidos y son conocidos universalmente, pero este no es el caso para los estudios cualitativos.* Sin embargo, existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales hay acuerdo parcial. Estos criterios son: La credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad.

Al respecto, también él expresa que la credibilidad se logra *cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado*<sup>31</sup>. La credibilidad del estudio estuvo determinada por las propiedades de la información obtenida mediante las entrevistas y los datos de observación extraídos de la realidad, de fuente primaria, por tanto está garantizada su autenticidad y veracidad; para ello, en las entrevistas, después de transcribir los discursos se confirmaron que sus expresiones fueron correctamente interpretadas de la grabación, garantizando así que lo transcrito ha sido veraz, sin alterar lo vertido por los sujetos de investigación.

*La confirmabilidad o auditabilidad se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información que se logra cuando otro(s) investigador(es) puede seguir “la pista” al investigador original y llegar a hallazgos similares*<sup>31</sup>. Los datos originales, como las grabaciones, transcripciones y el diario de campo se guardaron, estando a disposición de quien desee auditar la

investigación.

Otro criterio importante es *la transferibilidad, que consiste en la posibilidad de transferir los resultados; por esto, es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.*<sup>31</sup> Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando tengan perspectivas, contextos o grupos similares; para ello se describió el escenario y las características de los participantes con la mayor minuciosidad, rescatando lo útil y relacionado al objeto de estudio.

El rigor investigativo, en este aspecto, ha sido dado por la forma en que se han detallado los pasos seguidos, los mismos que se realizaron de manera prolija documentándose todos los aspectos relevantes; sin embargo, agrega Castillo E.<sup>31</sup> como se demuestra, *ninguno de estos caminos son fáciles y en buena parte dependen de la integridad, capacidad de reflexión y pensamiento crítico del investigador,... para garantizar la calidad de la investigación cualitativa;* que mucho tienen que ver con la ética de la investigación practicada por el investigador y su experiencia en la realización de la misma, lo que presupone una correcta y comprometida dirección y asesoramiento, a la que la investigadora ha tenido generoso acceso permitido por la asesora y los valiosos aportes del excelentísimo jurado, así como la entereza de avanzar con la velocidad que su originaria experiencia le ha exigido.



## CAPÍTULO III

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Posterior a la recolección de datos proporcionada por los sujetos de estudio, y la sistematización, ordenamiento, y al examen minucioso, tales datos fueron situados de acuerdo a categorías, habiéndose erigido tres categorías, con sus respectivas sub-categorías, las mismas que permitieron una mayor especificidad en la descripción y el análisis de las experiencias de las enfermeras, sobre el consentimiento informado en el cuidado a las personas hospitalizadas en servicios críticos. A continuación se exponen las categorías establecidas.

CATEGORÍA: SINGULARIDADES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CUIDADO DE LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO.

1.1 Resaltando la primacía de la vida sobre la información.

1.2 Reconociendo el consentimiento informado como exigencia ética.

1.3 Contribución de la enfermera en el consentimiento informado verbal y escrito.

CATEGORÍA: ESENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENER COLABORACIÓN EN EL CUIDADO.

CATEGORÍA: DEMANDANDO LEGALIDAD PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERÍA

3.1 Experimentando desprotección legal y protección recíproca

3.2 Avistando el consentimiento informado para enfermería.

La enfermedad es un proceso doloroso y de sufrimiento que acompaña a toda persona humana en algún momento a lo largo de su vida, lo que implica que el cuidado del paciente tenga que ser ejercido por profesionales y particularmente enfermeras capaces de actuar, científica, legal y éticamente. Parte de la función de la enfermera en estos casos es asegurar la máxima autonomía del paciente dentro del proceso de su enfermedad<sup>32</sup>.

Sin embargo, en las personas que se encuentran hospitalizadas en áreas críticas, esta capacidad se encuentra alterada por el proceso de gravedad que atraviesa, motivo por el cual el profesional de enfermería cumple una función importante y muchas veces tiene que tomar decisiones, por el paciente, en situación crítica. Al respecto dice Polo<sup>33</sup>, *querer ayudar a la persona cuidada que se encuentra en esta situación implica comprometerse, desde el fondo mismo de lo humano, no solo de lo*

*corpóreo, sino de lo espiritual;* lo cual puede ser subsanado por el consentimiento informado. No obstante, la situación de crisis del paciente, lo pone en un segundo plano, a fin de poder actuar, en salvaguarda de la vida de la persona enferma a quien se le tendrá que realizar diversos procedimientos invasivos y no invasivos, como son la reanimación cardiopulmonar avanzada (RPCA), monitorización invasiva y no invasiva, cateterización de venas y arterias, colocación de sondas, administración de medicamentos de acción y reacción muchas veces compleja, entre otros.

Empero, la situación crítica o de emergencia por la que atraviesa un paciente, no es óbice para que la enfermera permanentemente reconozca *que la vida es un derecho personal; y ella, un ser manifestativo, que al actuar pone algo exclusivamente propio y se lo da a los demás*<sup>33</sup>, asumiendo enteramente la preeminencia de resguardar la vida, que siempre es lo prioritario en sus intervenciones, tal como se analiza en la subcategoría:

#### 1.1 Resaltando la primacía de la vida sobre la información.

Lucas L<sup>34</sup> instituye que *ayudar a la persona cuidada que se encuentra en una situación crítica, involucra valorarla de manera holística, considerando que lo importante no solo es lo que hace la enfermera, sino también en qué momento lo hace, y los motivos que lo justifican, dándole el correcto sustento y significado a su actuar, preponderando la vida como una gracia superior, con dignidad, que asume un don por encima de todo y de todos y por tanto hay que preservarla, reconociéndolo en cada situación como ser digno;* es decir, en tanto que ser en sí mismo, cada hombre es

único y por eso mismo incomparable, en ello radica el valor de su vida.

Por otro lado, la información, siendo un conjunto organizado de datos procesados, constituye un mensaje que pasa de un lugar a otro el curso de conocimientos del sujeto; para Giles Deleuze<sup>8</sup>, *la información es un conjunto organizado de datos capaz de cambiar el estado de conocimiento de la persona, en el sentido de las consignas transmitidas de dicho estado nuevo de conocimiento le permite tomar decisiones pertinentes acordes a dicho conocimiento, o situación, en este caso una situación de salud crítica*; esta información, a la que tiene derecho el paciente o su familia para tomar decisiones, tiene que ver con la sincronización en el tiempo, de los indicios que permiten reevaluar las expectativas en un momento dado<sup>8</sup>, que por tratarse de priorizar la vida son susceptibles de postergación, situación en que las enfermeras, rápidamente deciden, interviniendo en resguardo de la primacía de la vida, situación que se constituye en el cotidiano de la enfermera de los servicios críticos, como lo manifiestan en el siguiente discurso:

*...el tiempo en la supervivencia del paciente es primero que ya realmente allí consentimiento informado ¡nada que ver! luego se informa a la familia se ha tenido que intubar y se ha colocado en ventilador o sea nos dan carta blanca ¿no? (Con sorpresa), esto es bien frecuente aquí, son emergencias que se dan a diario y diferentes en cada paciente (Empanda)*

*...hay ingresos súbitos como en un paro (PCR) que no nos da más tiempo que actuar (voz categórica), y de esos segundos va a depender si vive o no, entonces nosotros inmediatamente actuamos así (chasquea los dedos), colocarle vía, ver la parte respiratoria, monitorearlos y empezar coordinadamente con el médico, el tratamiento,... colocar adrenalina, atropina, cargar el desfibrilador,... ¡se tiene que actuar! ... ya después se informa a la familia... (Libertas)*

Es evidente que la meta inicial y absolutista, en las áreas

críticas, es evitar la muerte inminente, preservando la vida; es por ello que las enfermeras priorizan su cuidado, realizando un análisis de la situación, preponderando en su actuar el amparo de la vida; ello implica capacidad para decidir, formación y conocimiento de normas que respalden su actuar para posponer la solicitud del consentimiento informado, el mismo que en otro momento pueden obtenerlo por escrito, con firma, DNI, huella digital y testigos. Al respecto, manifiesta Pinilla<sup>11</sup>, que *el consentimiento informado, de esta manera, se constituye en documento legal y con jurisprudencia de todo acto médico, o el consentimiento simple, que se da cuando la información que se brinda es general y sencilla; así, la persona enferma o su familiar, admite o tolera un procedimiento o tratamiento después de dárselo a conocer, de advertirle y de explicarle su finalidad, en forma escrita o verbal;* como se expone el CI, es un documento normado para ser realizado antes de cualquier intervención en la persona, no obstante el equipo de salud que laboran en Shock Trauma-Emergencia y UCI, al evaluar al paciente están en la capacidad de decidir la postergación de la información, porque prevalece el deber de salvaguardar la vida del paciente, que en segundos puede agravarse, razón por la que está hospitalizado en un área clínica de alta seguridad

Gherardi<sup>35</sup> afirma al respecto, que en una organización hospitalaria estructurada con un sistema de cuidados críticos, estas salas se constituyen en áreas clínicas de internación de mayor seguridad para controlar la amenaza real o potencial de la muerte en medio de una enfermedad que recién comienza, durante la evolución de una ya conocida, o frente al riesgo eminente de alguna complicación, esto hace posible que los sujetos

de investigación prioricen la conservación de la vida, considerando a cada hombre (paciente) como único e irrepetible y por eso mismo incomparable<sup>36</sup> como perspectiva antropológica aceptable, en tanto que también es única e irrepetible la experiencia vivida por las informantes, así lo confirman los siguientes discursos:

*...en estos servicios críticos a veces, el paciente se encuentra en un momento muy trágico, de vida o muerte, allí, tenemos que actuar en el menor tiempo posible, por ejemplo en las reanimaciones cardio pulmonares, ¡no más se actúa!, se administra lo que tiene que administrarse masaje cardíaco, apoyo con la bolsa de reanimación, etc., todo lo que corresponde a una reanimación...se actúa luego se informa. (Empanda)*

Así pues, la práctica del CI es desplazada a un segundo plano cuando el riesgo de morir es inminente y hay necesidad de actuar como equipo o de manera personal, ese actuar está amparado legalmente, al aplicar la primacía de la realidad, salvar la vida sobre cualquier otra situación, esta decisión es reconocida legítimamente, Pla Rodríguez<sup>39</sup>, afirma que *por el principio de la primacía de la realidad se establece que en caso de discordancia entre lo que ocurre en la práctica y lo que surge de los documentos o acuerdos entre las partes, debe otorgarse preferencia a lo primero*, es decir, a lo que sucede en el terreno de los hechos, es así que las enfermeras, en situaciones emergentes y evaluado el contexto actúan de diferente manera y desde el punto de vista ético también, porque su actuar profesional ésta precedido del acto humano de la enfermera, descrito según el concepto de Luño<sup>40</sup>, como *aquellos que proceden de la voluntad deliberada; en este caso de la enfermera, en bien del amparo de la vida del paciente, y de acuerdo a su conciencia moral*, la misma que, según Polo,<sup>33</sup> *le permite actuar de una manera u otra según el contenido de la situación, porque la sindéresis dice que actuar es*

*cuestión de principio; no dice lo qué se tiene que hacer, sino que se debe hacer, que no es lo mismo; más aún si la situación está catalogada como una emergencia, descrita en la lexía siguiente:*

*...en los momentos de suma emergencia, un paro cardiorespiratorio, por ejemplo, ya no tienes tiempo de informar ni al paciente ni a la familia, ni a ninguno, no podemos, ellos lo traen, con la seguridad de que le van a salvar la vida, allí todas las atenciones son para salvarle la vida es una situación de emergencia entonces hay que actuar (Salus)*

Lo manifestado ratifica también que las enfermeras en las áreas críticas, están en constante toma de decisiones para decidir entre la norma legal y la necesidad de garantizar el equilibrio vital, y a pesar de que saben que el CI autoriza legal y éticamente la intervención sobre la persona, mandato que está establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud<sup>37</sup> que dice: El paciente tiene derecho a permitir para una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico (o la enfermera, agregado por la autora) le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o su tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios; hay situaciones que impiden que este se realice, por la necesidad de actuar en resguardo de la integridad vital de la persona cuidada y su derecho a la preservación de la vida; son estas situaciones que ponen en evidencia la experiencia de la enfermera, su preparación académica y ética, así como el respaldo de la organización para sus intervenciones, a través de protocolos preestablecidos y aprobados institucionalmente que avalan su actuar en estas situaciones de emergencia médico-quirúrgicas.

Para ello, estas circunstancias que limitan la intervención consentida, están amparadas legal, ética y profesionalmente, en

tanto se pueda demostrar que se ha intervenido en un caso de emergencia médico-quirúrgica, así lo establece la Ley general de Salud<sup>38</sup>: *Se exceptúa de este requisito a las intervenciones de emergencia, considerándose así, aquella que se presta en un establecimiento de salud, a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría, puntualiza dicha ley.*

De la misma manera, que las enfermeras evidencian claridad en la toma de decisiones a favor de la preservación de la vida, aun cuando conocen la importancia y efectos de tener el consentimiento informado, previo a sus intervenciones, estas circunstancias las enfrenta a situaciones de disenso y consenso, sea como miembro del equipo de salud o de manera personal, ante el paciente y/o sus familiares, ya que luego de la intervención deben demostrar la certidumbre de su intervención, el siguiente discurso nos ofrece la evidencia expresa:

*...en el caso de pacientes críticos, es diferente, uno tiene que actuar ¡ya!, a veces con el tiempo medido (muy afirmativa) porque son minutos valiosos para salvar la vida del paciente los que perdemos, no podemos hacer el consentimiento informado previo, a la familia o al mismo paciente después les informamos de acuerdo a cada circunstancia y ellos generalmente valoran lo hecho y agradecen (Fides)*

Lo complementario de esta actitud es que genera confianza y reafirma la credibilidad en el equipo de salud, sin embargo como Pinilla<sup>11</sup> afirma, en el CI se tendrá en cuenta: Trascender a la mera legalidad, fomentando los valores humanos de la profesión y aumentando el respeto por la dignidad de la persona, todo lo cual

conlleva a que los sujetos de investigación respeten la vida y dignidad de la persona considerándola como alguien y no como algo, tal como se expone en la siguiente subcategoría:

## 1.2 Reconociendo el consentimiento informado como exigencia ética

El CI es la relación más importante de todas las que se establecen en el mundo sanitario, los valores fundamentales que trata de promover, son autodeterminación/autonomía y bienestar del paciente, pero sin olvidar que el valor *prima facie* en la información es el respeto. *El consentimiento de la persona enferma o del familiar de esta no es una meta en sí. No se trata de consentir o no, se trata de involucrar a las personas enfermas en la toma de decisiones*<sup>41</sup>, reconociendo su condición de persona, de ese “alguien” para consentir la intervención, alejándolo de la posibilidad de ser usado como cosa o “algo”, carente de racionalidad y por tanto de libertad, así lo admiten las informantes en los siguientes discursos:

*... el CI tiene implicancias éticas y en lo ético bueno hasta donde yo tengo conocimiento, la persona tiene su propia autonomía y quiere y decide, nosotros no podemos de ninguna manera ir en contra de su voluntad, porque es la voluntad de alguien que tiene derecho a ser informado. (Disciplina)*

*Cuando el paciente me da su consentimiento siento que al paciente le doy respeto...respeto su dignidad, porque es alguien al que estoy pidiendo autorización para poderlo atender y que el también participe y sepa el tratamiento que va a llevar lo hago participe, lo respeto y mantengo su identidad, tratándolo como una ser humano y espiritual. .(Minerva)*

Lo manifestado es un claro reconocimiento a la persona y su dignidad, esta presupone acuerdo, diálogo o convenio, en todo consenso sobre cualquier norma ética, ya que nada de esto es posible si previamente las personas no se reconocen legitimadas

para dialogar, convenir, acordar o normar por su dignidad previa<sup>42</sup>. La dignidad, intrínseca de la persona humana es siempre el presupuesto de cualquier intento de consenso ético, la pérdida de conciencia por razones patológicas (coma), o terapéuticas (sedación), no la eximen de esta dignidad; por tanto, deben ser tratadas como alguien, aunque esta información no tenga valor legal, lo tiene desde el punto de vista ético, ya que la persona no pierde su condición de tal, así lo experimentan las informantes y lo manifiestan en el siguiente discurso:

*... a pesar de que esta inconsciente o sedado nosotros le manifestamos lo que le vamos a hacer siempre pidiendo la autorización del paciente, que en este caso esta sobreentendida, sin perder la perspectiva de que es una persona (Fides)*

Melendo Granados<sup>43</sup> afirma que *nadie puede ser discriminado en función de la pérdida del pleno dominio de sus facultades superiores, en las diferencias intelectuales o de eficiencia entre uno y otros; así, la enfermera brinda un cuidado humano y lo integra como parte de su experiencia, que consiste en relaciones sentidas o las deducciones que saca y que pueden ser identificadas<sup>41</sup>, como una experiencia humana de su cuidado. Sin embargo, a pesar que la mayoría de sujetos de investigación reconocen la importancia del CI y el respeto de la dignidad humana, algunos de ellos omiten estos aspectos tal como se expone en las siguientes locuciones:*

*...en el inconsciente allí sí que estoy fallando, estoy fallando (voz recriminatoria), ¡no pido permiso!, de frente actúo, si lo veo que esta inconsciente ¿para qué?, ya ni le pregunto ni le explico nada, sino me va a entender ni escuchar, solo actuó ¡Eso no está bien! (Empanda)*

*...a veces vamos le ponemos, y él no decide, nosotros hacemos con él lo que queremos, pero él no toma ninguna decisión ante lo que le estamos haciendo, entonces prácticamente lo usamos lo cosificamos y no debería ser así, no deberíamos permitirlo, hagamos lo necesario para su bien pero con su aprobación (Lustitia)*

Los discursos vertidos discurren con facilidad porque es un actuar común en el quehacer, no solo de las enfermeras de las unidades críticas, sino de manera general en el colectivo de ellas; las áreas críticas, de alguna manera, con su implementación tecnológica y el estado de los pacientes, que en la gran mayoría se debaten entre la vida y la muerte, dificultan el trato personal y por consiguiente la obtención del consentimiento informado, lo cual conlleva a priorizar el actuar en el cuidar al enfermo como persona a pesar que pueda encontrarse en estado inconsciente, ello la induce a “dialogar” con el paciente, aunque su estado de conciencia no le permita un acto dialógico visto, pero si supuesto, reforzando la figura del reconocimiento del inconsciente, como persona evitando la “cosificación” de la persona.

Al respecto afirma Kant<sup>40</sup>, en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, que los seres cuya existencia no descansa en nuestra voluntad, sino en la naturaleza, tienen, empero, si son seres irracionales, un valor meramente relativo, como medios, y por eso se llaman cosas; en cambio los seres racionales se llaman personas porque su naturaleza los distingue ya como fines en sí mismo, esto es, como alguien que no puede ser usado meramente como medio, agrega Guardini<sup>40</sup>: *Persona significa que no puedo ser utilizado por nadie, sino que es un fin en sí mismo, por tanto la “cosificación” del hombre se produce cuando deja de ser él mismo, humano, persona; para a ser un simple medio e instrumento, poniéndolo a nivel o categoría de las cosas manifestado en el cuidado deshumanizado que se brinda, exceptuando a la persona de su fin primordial, sujeto y objeto de amor, libertad y conciencia.*

En el actuar diario las enfermeras de las unidades críticas muchas veces obvian esta consideración y la trasfiguran en una

orden, que perturba el derecho a consentir, así lo evidencia el discurso siguiente:

*Cuando actuamos no le decimos ¿le puedo hacer? le digo ¡le voy hacer! ¡Le voy a poner ¡ le voy a administra!, ¿permiso allí? como que no funciona bien el término “le informo”,...¡Sólo le informo!, (voz con tono afirmativo-recriminatorio) es lo que se le hace habitualmente, no se considera su opinión, más bien damos órdenes que ellos acatan. (Empanda)*

Ante esta circunstancia, es importante despertar ante la cosificación que sufre la persona humana en nuestros días, como bien afirma Medina J.<sup>44</sup> *la asistencia en una unidad crítica debe adaptarse a los requerimientos y necesidades clínicas y humanas de los pacientes. El eje conductor de la atención es el enfermo como persona humana y una de nuestras obligaciones más importantes es que no se pierda esa condición durante su estadía en estas áreas críticas (UCI, Shock Trauma, puesto por la investigadora) cualquiera sea la enfermedad o la situación en que se encuentre;* considerando en todo momento que la persona, catalogada por Polo<sup>33</sup> *es intrínsecamente relacional, abierta y trascendente ante las otras personas que encuentra, y ante la trascendencia de Dios. Se puede troquelar las cosas, pero no a los hombres. Porque el hombre no es una cosa. Simplemente darse cuenta de esto es trascender a la ética, a la comprensión de los hombres como sistemas;* ello lo diferencia de ser “algo” para ser alguien.

Por ello es preciso consensuar en que *la persona no es algo, sino alguien*<sup>42</sup>, en ese sentido no puede ser tratado como un objeto irracional, como un caso, o como algo en quien se actúa sin su consentimiento. En el cotidiano de las enfermeras de las áreas críticas, la figura del paciente inconsciente terapéutica o

patológicamente es muy frecuente, y se ven condicionadas a la trasgresión del Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú<sup>13</sup> (CEP) que establece lo siguiente en el CAPÍTULO I: LA ENFERMERA(O) Y LA PERSONA. Artículo 1º: *La Enfermera(o) brinda cuidados de enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, social, cultural, económico, político o de naturaleza de los problemas de salud. Dentro de ella, está contenida la condición de inconsciencia de la persona.*

Así, respetar su libre determinación, conformidad o consentimiento está respaldado en normativas que como el Ministerio de Salud (MINSA)<sup>45</sup> establece con las siguientes prerrogativas: El consentimiento informado se da en forma libre y voluntaria por el paciente, por el familiar o el representante legal según sea el caso, el estado crítico, no puede ni debe privar al hombre de su dignidad, traducida en el respeto de su libre autodeterminación; vista por la enfermera, como un proceso que es dado al paciente o su familiar, a través del CI verbal o escrito, que rescata esta autodeterminación, ella tiene una apreciable contribución en dicho proceso, tal como se revela en la siguiente subcategoría:

### 1.3 Contribución de la enfermera en el consentimiento Informado verbal y escrito

El desempeño profesional de la enfermera tiene el alto valor del servicio a la vida, asumido como actividad no solo técnica, sino también de amor al prójimo, una obra verdaderamente humana al tutelar la vida física, este acto bienhechor necesariamente debe traducirse en hechos ética y legalmente válidos; Pinilla<sup>11</sup>, al

respecto reconoce que *el CI, simple se da cuando la información que se brinda es general y sencilla; el paciente permite, admite o tolera un procedimiento o tratamiento, después de dárselo a conocer, de advertirle y de explicarle su finalidad, en forma verbal o escrita. Debe hacerse ante un testigo ya sea un familiar o persona del equipo de salud.*

En la práctica, no existe un consenso y uniformidad en su obtención, la situación determina la forma de obtenerlo y su contribución en el mismo; cuando es a veces verbal, esta contribución es directa y en el escrito es indirecta; estas experiencias se expresan de la siguiente manera:

*...en algunos casos hay un “consentimiento verbal” por parte del paciente si está en condiciones de poderlo asumir y en otros casos hay un consentimiento a través de un documento, un formato con la denominación de Consentimiento informado, que generalmente nosotras hacemos firmar, pero es solo en procedimientos médicos especiales y hay que hacerlo. (Fauna)*

Estas manifestaciones evidencian que la práctica cotidiana se da en el marco de las circunstancias, y se reconoce el consentimiento informado como potestativo para los procedimientos médicos. León<sup>46</sup>, considera que *el consentimiento informado constituye un proceso y no solo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud, y también de modo especial la enfermera, por tanto, su rol no puede limitarse solo a la contribución indirecta de hacer firmar el documento.* La mayoría de enfermeras, consideran muy importante colaborar en su obtención, pero el riesgo está lamentablemente en que el médico delega en ellas la responsabilidad que le compete, de informar y comunicarse con el paciente y su familia; *por esto hay quienes piensan que para bien*

*del paciente no deben recibir esa responsabilidad delegada y, por lo tanto compete exclusivamente al médico, cuando de acto médico se trata<sup>11</sup>, en tanto, el consentimiento escrito para procedimientos o actos de enfermería no está aun definido. Sin embargo, en su diaria labor la enfermera no deja de hacerlo, para ello maximiza el tiempo y lo realiza básicamente de la siguiente manera:*

*Bueno, en lo que respecta a los procedimientos de Enfermería eso lo hacemos de manera verbal explicándole al paciente como un apoyo psicológico inclusive, también al familiar, que se le va a canalizar una vía, se le va a poner una sonda, va a originar un poco de dolor, pero que va a ser para su bienestar, pero no lo hacemos en un formato escrito, solo verbal. (Suadela)*

*...se hace firmar alguna autorización, al paciente o su familiar, generalmente en los procedimientos invasivos o que tienen alguna trascendencia, por ejemplo para colocar un catéter venoso central, para un drenaje torácico que lo debe hacer el médico, una intervención quirúrgica, en buena cuenta son procedimientos médicos, para lo de enfermería, solo verbal. (Minerva)*

Como puede evidenciarse, el consentimiento informado verbal es la clase de consentimiento que emplean diariamente las enfermeras; se refieren a él, como esa interrelación común que mantienen diariamente con el paciente, y que muchas veces lo reconocen como apoyo psicológico; sin que ello tenga validez legal, llegado el caso; Pinilla<sup>11</sup>, lo corrobora cuando afirma que *las enfermeras, logran un consentimiento gracias a la permanente comunicación que mantienen con sus pacientes, pero que hasta el momento no tiene ningún respaldo legal; entre otras cosas, la relación enfermera-paciente no tiene, desde el punto de vista jurídico, una condición de contractualidad, como en la medicina.*

Por ello, considerando la situación crítica de la persona, la complejidad de los procedimientos y su condición de inaplazables, hacen que este proceso se aplique en su forma más

sencilla, solo explicativa y verbal, asumiendo un consentimiento implícito en el cuidado, por lo impostergable de este, lo cual se reafirma en la subsiguiente alocución:

*...el hecho de explicar, ya es un consentimiento que nos está dando el paciente, señor voy a canalizarle una vía, voy hablando y haciendo, voy a ponerle un tratamiento, una sonda, se pide el consentimiento no necesariamente escrito pero sí por lo menos verbal, ya que el escrito demanda de más tiempo y para nosotros a veces es el límite entre la vida y la muerte. (Salus)*

*...sí pues, hay procedimientos complejos, que podrían justificar que se haga el consentimiento del paciente por escrito, claro que son procedimientos que se tienen que hacer sí o sí, de todos modos, no se pueden postergar, deben ser por escrito por conllevar riesgo, y los otros procedimientos de en enfermería, que ya son intervenciones menores, tal vez, solo requieren de la información verbal. (Fauna)*

Al respecto, Polaino y Lorente<sup>12</sup>, citado por Pinilla, considera al consentimiento informado *como un proceso más detallado, que conlleva siempre un documento escrito, específico para cada acto médico, firmado tanto por el paciente como por el médico que lo ha solicitado y quien realizará el procedimiento. Si el riesgo es muy alto, debe estar firmado por uno o dos testigos, ya sean los familiares o el representante legal.* Empero, esta definición teórica no es concordante con la realidad vivida, de allí que la contribución de la enfermera en este aspecto se da en razón del respeto al derecho de la persona a ser informada, eligiéndose la forma de acuerdo a la situación. Lo descrito para los actos médicos no equipara al trabajo de enfermería, las intervenciones de cuidado están consentidas, si lo están, de manera plural unas veces verbal y otras, escrito.

Mantener esta pluralidad, en algún momento, puede ocasionar algún contratiempo con repercusiones legales, más aun en enfermería que carece del consentimiento documentado

válido; como consecuencia de ello, muchas veces la enfermera se ha visto involucrada en reclamos relacionados a la falta de información antes de intervenir, situación que se reconoce como propósito principal del consentimiento informado, y es el punto de partida para el origen de la siguiente categoría:

#### ESENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENER COLABORACIÓN EN EL CUIDADO.

Alvis T<sup>47</sup> establece que el *verdadero cuidado de Enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de Enfermería. Cuando una persona accede a un cuidado en una situación crítica, las perspectivas que de este tiene, y la necesidad de las mismas se trastocan porque es imperante la prioridad, esta situación no debe alejar a la enfermera de su interrelación personal con el paciente, que más que en cualquier situación requiere estar informado de los actores de todos los que lo intervienen, porque en esta situación crítica de salud muchas veces se llena de incertidumbre y de dudas por falta de información, con lo que se agrava su situación.*

Explicitamos entonces, que el consentimiento informado es básicamente un proceso de información que se da en el interior de los actos de intervención de los que asisten al paciente. Incluye un momento de adecuada información, que lo validará, ya que la información en este contexto tiene un carácter instrumental, es un medio para que el paciente permita la intervención, esta información debe caracterizarse por ser sencilla, básica y a la vez

suficiente, personal, de acuerdo a la situación particular de cada paciente, así lo experimentaron las enfermeras de las áreas críticas y lo evidencia los siguientes discursos:

*...por ejemplo, a veces veo que el médico va a abordar con un catéter venoso central y no ha tenido la delicadeza de informarle, yo me acerco y le digo: va a sentir un hincón en el cuello, a través de eso le vamos a administrar sus medicamentos que son fuertes y bueno, trato de informarle lo básico, a veces veo que no se hace en cuanto me corresponde a mí he madurado en ese aspecto, soy consciente, de la importancia de informar (Empanda).*

*...dependiendo de la situación en que se encuentra el paciente, es importante la comunicación, la enfermera le informa de cualquier procedimiento, tal vez algunos no requiera de un formato expedito, pero el paciente es una persona que necesita que se le informe de todo lo que se le va a hacer sobre todo, con qué finalidad, a la familia también, decirles para que se le está colocando o haciendo dicho procedimiento, en pacientes críticos es muy importante informar. (Fauna).*

Los discursos evidencian que la práctica de la información, en las enfermeras de las áreas críticas, es generalmente previa a las intervenciones y se extiende a la familia en situaciones que lo demanden, en relación a ello Vielva A. Julio<sup>48</sup> enfatiza que *esta siempre se realiza en la perspectiva de conseguir la aceptación de la intervención ya que ese es el propósito de este tipo de comunicación, contar con su consentimiento habiéndole dado antes la orientación pertinente;* típicamente se presenta cuando se ha de llevar a cabo alguna actuación diagnóstica o terapéutica, *para ello las enfermeras utilizan un lenguaje con tono cálido, sencillo, aclaratorio, dispuestas a dilucidar las dudas, no cabe indecisión en la información ya que no es lícito actuar con conciencia dudosa<sup>49</sup>,* más aun si la intención es obtener el consentimiento del paciente en una situación crítica, donde el pensamiento se obnubila y muchas veces se torna en ansiedad o manifestaciones de rechazo que se evitan cuando se tiene en cuenta la capacidad de entendimiento del paciente, en este sentido discurren los siguientes discursos:

*...de hecho como le digo, al primero que se le informa es al paciente; si su estado de conciencia no le permite darnos una respuesta para el procedimiento, se acude a la familia. No solo es actuar a puerta cerrada porque muchas veces no entienden lo que se les ha informado, a veces el mismo nombre nada más trauma shock, UCI los he visto llorar, si no se les informa, se van imaginando cosas, por eso es importante que ellos nos entiendan. (Libertas).*

En este sentido, Waldow<sup>2</sup> explica que *la desinformación es crucial, sobre el empeoramiento de sentimientos de impotencia, falta de control y la despersonalización; incluso los miedos, dudas, la ansiedad hacen que el paciente al activar la imaginación, la fantasía, a veces presente reacciones imprevisibles;* por ello la información es el propósito fundamental del consentimiento, este debe ser informado y comprendido, ya que dentro de otros atributos ético legales, genera colaboración y facilita el trabajo enfermero en beneficio del paciente.

*...el consentimiento para las personas que nosotros cuidamos es si el paciente está despierto, le informamos a él verbalmente... haciéndole conocer con palabras muy sencillas lo que se le va hacer, y que no le va causar daño...siempre haciéndole ver que todo lo que se le realice es a favor o en beneficio de su salud y así lo comprenden...y colaboran. (Fides)*

La falta de información o la percepción errada de lo que el receptor capta en la información, muchas veces puede agudizar la situación del paciente, generar dudas y desconfianza; *el CI, a través de la comunicación e información, establece una relación de intercambio en las relaciones interpersonales, con ella se desarrolla la formación y funcionamiento de la conciencia individual y social<sup>F0</sup>*, tan necesaria para una comprensión amplia en la interrelación enfermera paciente; esta se traduce mostrando a sus pacientes el interés por conocer su realidad, sus vivencias, emociones e intereses; su verdadero sentir en este momento, a veces trágico de su vida, donde la información

comprendida por el paciente o su familia juega un rol preponderante para su autodeterminación. Entregarle información para que pueda tomar una decisión con conocimiento de causa en relación con su tratamiento, basándose en la comprensión del tratamiento o procedimiento que va a recibir, es un deber en este encuentro dialógico que caracteriza al CI y que corresponde al cuidado humano. Así se descubre en la siguiente expresión:

*...cuando vamos a realizar un procedimiento si está despierto, le explicamos que es lo que vamos a hacer, cómo lo vamos a hacer (voz afirmativa), que vamos a usar para hacerlo, y ellos entienden y preguntan... pero si está completamente sedado... no está consciente, no nos entiende, no le detallamos el procedimiento...bueno...como no está consciente... no nos va a entender, no nos va a escuchar...pero por lo menos le informamos (Lustitia)*

La comprensión de la información, que se expide para lograr un CI, no logra solo ese propósito, el saber qué es lo que se le va hacer, para qué y con qué. Conocer el desarrollo del procedimiento disminuye el temor del paciente, permite su intervención colaborativa, facilitando las intervenciones, porque hay un compromiso bilateral y se desarrolla dentro de los cánones del cuidado humano. Waldow<sup>50</sup> insiste en que *este, debe ser sentido, vivido, integrado en el día a día; es por ello que se precisa sea asumido, que forme parte de ellas mismas, transformarlo en estilo de vida de nuestro cuidado; ello lo logrará en la medida que, incorpora en su quehacer esta responsabilidad informativa, aun estén presentes algunos impedimentos, formando al paciente como elemento no pasivo, sino participante de su cuidado colaborativo, así lo exteriorizan los sujetos de estudio:*

*...dentro del tratamiento que se pueda dar al paciente hay algunas intervenciones especiales, que amerita que se hagan para ayudarlo, con la información, se consigue que esta persona*

*colabore con el procedimiento y se logra hacerlo de forma eficaz, se evita que se fracase en el procedimiento, teniendo la colaboración de la persona,... comprendiendo lo que se le va hacer... ¡todo va bien...! (Fauna).*

*...en la medida que se les explique y entienden obtenemos su colaboración..., ellos preguntan, le respondemos y aceptan y colaboran, facilitando el procedimiento. (Disciplina)*

*...cuando son niños, por ejemplo,... les hablo..... vas a sentir un hincón hijito yo soy tu amiga, yo estoy aquí para ayudarte... y el niño ¡sí entiende!... aunque esta asustadito, llora un poquito....pero luego se tranquiliza y se deja hacer el procedimiento. (Empanda)*

Lo manifestado también aplica a la diferenciación o personalización del cuidado, adaptándose a cada situación del paciente, a su edad, al tipo de procedimiento que se va a realizar, a su condición, así la participación o colaboración se va tornando en un consentimiento implícito que el paciente le da a la enfermera y que probablemente él también lo va a internalizar y lo va reclamar como parte de su cuidado. *La enfermera ha de entender que nadie que presta asistencia a un paciente está eximido de esta obligación, quien no asume su tarea de informar actúa de forma contraria a la ética profesional e incumple obligaciones jurídicas muy claras y estrictas<sup>51</sup>.* Los resultados en las intervenciones con la participación del paciente, si bien es cierto facilitan el cuidado, esta influencia va más allá de la satisfacción solo del paciente, las enfermeras también participan de ese gozo, situación que es expresada de la siguiente manera por las locutoras participantes:

*...Yo me siento contenta (sonríe con placer y alegría) con el consentimiento, porque nos facilita el trabajo, una persona que está convencida de que le van hacer algo lo acepta y te facilita enormemente el trabajo, te da la seguridad de poderlo hacer lo más rápido posible, con confianza (afirmación)... porque estás en confianza con el paciente (satisfacción)... (Lustitia).*

*.. Yo le digo: esta línea arterial es para su bien, si le estoy haciendo todo esto no es porque quiera hincarle, si no es para mejor control suyo, le explique y así como que me entendió...*

*colaboro y ¡le pusimos a la primera!... ¡esto sí funciona!... yo lo he vivido con el paciente (manifestado con mucha emoción). (Empanda)*

Es evidente que un acto tan sencillo como es informar y tener la certidumbre de que esta ha sido comprendida, genera un lazo de confraternidad y satisfacción mutua, en una situación de enfermedad. Torralba<sup>52</sup> explica que *la enfermedad limita las posibilidades de realización humana, se presentan sensaciones de soledad, impotencia, miedo y ansiedad*; la enfermera no es ajena a estos sentimientos; además agrega que *cuando la capacidad de las personas para identificar sus necesidades se altera a causa de una enfermedad, los enfermos deben de participar, según el grado de limitación que presentan, para sustituirlos, apoyarlos o acompañarlos de acuerdo a cada situación, siempre procurando su mayor participación.*

En este sentido, la información con miras a obtener el CI, es una práctica de este entendimiento de participación; de tal manera que el enfermo active su esperanza, encuentre una interpretación aceptable de la enfermedad, el dolor, el miedo y la angustia<sup>53</sup> procurando de esta manera obtener éxito en sus intervenciones, porque esa información está precedida de un acuerdo, diálogo o convenio contractual, esta situación que se detalla, es concordante con el significado de cuidar, que exige no sólo la capacidad de cuidar -poder cuidar-, sino también la voluntad y predisposición para brindar cuidado, -querer cuidar-, asumiendo en todo momento dicha responsabilidad.

Es así, que desde el punto de vista ético y también legal, esa satisfacción de hacer lo pertinente al enfermo, se traduce en una

satisfacción que se vuelve alegría y gozo, porque enfermería es un arte creativo que eleva el espíritu humano hasta el gozo de la auténtica felicidad<sup>54</sup>. Sin embargo, esta información comprendida que facilita el trabajo, muchas veces se ve perturbada por algunas situaciones particulares pero de relativa frecuencia en las áreas críticas, y que son subsanadas con estrategias inmediatas y válidas, como lo manifiestan los sujetos de estudio en las narrativas siguientes:

*... si el paciente está inconsciente se le comunica y se le pide autorización a los familiares...se les informa y explica no solo el procedimiento sino la importancia del procedimiento y para qué va a servir... (Minerva)*

*se informa...dependiendo del estado del paciente, de la prioridad de procedimiento en el paciente, también a la familia o los acompañantes más cercanos, también a pacientes con problemas psiquiátricos y a los menores de edad, en este caso se informa a los padres o tutor acreditado... (Suadela)*

Uno de los impedimentos más comunes que los profesionales de salud, en el que está incluida la enfermera que labora en las áreas críticas, es obtener el consentimiento de las personas que no son del todo competentes, como bien lo describen las informantes. El paciente inconsciente con alteraciones en los niveles de conciencia, con enfermedades psiquiátricas, o los niños no están en condiciones de decidir por propio albedrío. En estos casos, desde el punto de vista legal, están dadas las normas de lo que se debe hacer, considerando al tutor o el familiar más directo o cercano en vínculo, quienes en estas circunstancias deben decidir en materia de intervención de salud, sin que esta lo suplante y tome decisiones por él y con las excepciones de expresa delegación, o aquellas contempladas en dispositivos normativos competentes.

Lo anterior se acredita en el Código de Ética CEP<sup>13</sup> que

establece en su Artículo N° 9°: *La enfermera(o) debe incorporar a la familia como parte activa en el cuidado de la persona en los niveles preventivo-promocional, tratamiento, recuperación y rehabilitación;* más aun, si está limitada para tomar decisiones para su cuidado. Asimismo, la Ley General de Salud<sup>38</sup> declara en su Artículo 4°: *Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.* En las áreas críticas, generalmente la permanencia de los familiares más directos, en sucesión, son los responsables de asumir esta función, por tanto *se consultará a los padres, tutores u otros familiares, así como a otros profesionales y actuará en beneficio del paciente y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, ya que la información y la comunicación mutua son la base del cuidado de Enfermería*<sup>55</sup>.

Sin embargo, *la información, como todo proceso humano no es lineal, es evolutiva, cambiante, su análisis no sigue una senda unitaria; por el contrario, se expresa con altibajos y disonancias*<sup>56</sup>, esta situación es más clara en las investigaciones cualitativas porque el informante tiene mayor libertad para expresar sus experiencias incluyendo las expresiones de los sujetos de su cuidado; estas disonancias forman parte de las experiencias de las enfermeras de áreas crítica y muchas veces las inducen a recapacitar sobre su actuar o plantear estrategias para obtener la ganancia de la colaboración, como puede valorarse en la alocución expuesta:

*... si una persona está informada, incluso instruida en cuanto a pasos del procedimiento entonces va a colaborar y al menos sabiendo que es para su propia mejoría o para que se encuentre el diagnostico de acuerdo a sus dolencias, entonces va a ser mejor su colaboración...lo sabemos, pero... (Silencio de reproche)...a veces el tiempo, su estado, tal vez la poca*

*importancia al CI de enfermería o la recargada labor, no nos permite hacerlo (Venus).*

La disonancia, como una falta de correspondencia, *se aplica a aquello que está en desacuerdo con otras o con lo que está a su alrededor, hace referencia a la tensión o desarmonía interna del sistema de creencias, ideas y emociones que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias; es decir, la percepción de la incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas, puede impactar sobre sus actitudes*<sup>8</sup>.

Es así que las informantes, enfermeras de áreas críticas, experimentan con frecuencia estas incompatibilidades entre sus conocimientos, la certeza de sus intervenciones y la realidad como medio incompatible para aplicarlos, reconocen que la información, más aun si esta se da como CI, es un elemento cooperativo de alta significancia en el cuidado, porque facilita la intervención y aun más, hace partícipe al paciente en pleno ejercicio de su voluntad, lo cual implica el reconocimiento a su dignidad, traducida en su libre albedrío, en la toma de decisiones que sobre su cuerpo se decida; reconociendo, la esencia de la condición humana para articular un acompañamiento (cuidado) a la altura de este ser único y extraño que es el ser humano<sup>52</sup>; sin embargo, las condiciones de los pacientes en estado crítico, muchas veces hacen que esta sea obviada, generando impacto en sus actitudes, al tomar conciencia moral de sus actos, desde el obviarlos, sin darle mayor importancia o buscar la mejor forma de hacerlo, escrutando las estrategias para disminuir estas frecuentes contradicciones de su actuar; así lo declara la informante en su relato:

*Cuando vamos a realizar un procedimiento en los pacientes, que acepten o no, es de acuerdo a la información que uno les da y de cómo uno entable la relación, la forma, la voz, el lugar donde lo das, el momento en que lo das, tener el tiempo para conocer al paciente, sus creencias...y nosotros saber lo del CI, sobre todo sus implicancias... todo eso es muy importante... (Libertas).*

Superar las incongruencias de reconocer el valor de no evadir la información y por ende la acción consentida hace que las enfermeras reconozcan las nuevas estrategias para lograrlo; como por ejemplo, la calidad de la información, la forma de la información y el lugar donde esta deba darse; ello tiene una ganancia adicional, que es evitar la falta de conformidad del paciente que redundaría en el incremento de las dificultades para su cumplimiento, que de por sí ya tienen los procedimientos de las áreas críticas y el más grave, su negación a aceptarlo. Estas características de la información se traducen en claridad, sencillez, lenguaje adecuado, veraz y con el tiempo suficiente para garantizar el pleno entendimiento, así como un entorno que no interfiera esta comunicación.

En este orden de importancia, se reconoce que una de las capacidades que se requieren desarrollar al máximo para un cuidado efectivo es la comunicación efectiva y afectiva, ya que esta es: La base para una correcta relación enfermera/o-usuario/a, es una de las acciones de la atención de la enfermera(o)... es un derecho de este y una necesidad que debe ser satisfecha con eficacia <sup>55</sup>.

El Colegio de Enfermeras(os) del Perú<sup>55</sup>, en razón de ello, en los resultados del Taller: *El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería*, cita que: *No es posible concebir un buen cuidado enfermero sin una*

*apropiada y oportuna comunicación; que genere una intervención consentida, responsable en todo lo que al paciente le corresponde durante su estancia hospitalaria.* Lo expresado anteriormente ha hecho que históricamente, la enfermera experimente la obtención del consentimiento informado documentado o no, como una responsabilidad propia, aunque, es sabido que todos los documentos normativos institucionales o legales han hecho este un acto potestativo del profesional médico, por tanto no está dentro de las responsabilidades en su desempeño; sin embargo, asume el rol de abogada, representante, intermediaria, facilitadora, esclarecedora, educadora, y otros tanto roles, sea por su cercanía al paciente, porque lo conoce más o porque ha asumido como suya, como parte de su cuidado la obtención de la firma del CI médico.

La contribución de la enfermera en la obtención del CI, conceptualizado como un acto procesal gradual, de acciones contractuales en bien de la salud del paciente y del otorgamiento de un cuidado basado en principios éticos y normas legales, ubica a la enfermera en un rol estratégico; hacer que el CI, de los actos médicos (que es el único en formato que existe) se realice en condiciones favorables para la toma de decisiones del paciente, velar por su circunstancia, lo cual significa cuidarla. Circunstancia no es un elemento accidental en la configuración de la persona, sino un factor determinante para comprender, porque actúa como actúa, más si lo hace en una situación crítica. Por ello las enfermeras consideran que la ampliación de la información y explicación a lo dicho por el médico, facilita la autodeterminación del paciente, al respecto las disertaciones de los informantes discurren así:

*... nuestra participación sí es importante... porque a veces cuando ya va a firmar el paciente o su familiar... ¡pobrecito no*

*ha entendido lo que le ha dicho el médico! ...¿cómo le abra dicho?,... a veces el médico tal, es muy sofisticado hablando... uno los encuentra llorando... a mí me ha pasado (Hace gestos de un lado para el otro con la cabeza)...hay que volverle a explicar*

*...¡con lenguaje más sencillo, para que pueda entendernos!... el médico va informa de que se va a operar, o porque se va a someter a una ventilación mecánica pero queda solamente allí... ya nosotros después hacemos firmar el documento porque el médico les explica pero sin el documento en mano .. (Empanda)*

La circunstancia de hospitalización de un paciente crítico es de por sí atemorizante, puede bloquear la razón y el entendimiento, las enfermeras en las áreas críticas reconocen esta situación y se preocupan de que el paciente o su familiar haya entendido la explicación y su aceptación sea producto de ese entendimiento, ya que cuidar, puntualiza Torralba<sup>57</sup>, *no consiste sólo en resolver las necesidades del otro, sino, darle herramientas (como la correcta información, agrega la investigadora) para que el mismo sea capaz de resolverlas...en el fondo, se trata de buscar la autonomía del paciente.*

A la par, esta actitud es permanente y coincidente con los resultados de la investigación de León<sup>46</sup>, quien afirma que, enfermería participa de manera verbal, entregando información que el médico ya proporcionó a los pacientes y que sin embargo, estos no comprendieron en su totalidad (...) toma relevancia al final del proceso y está destinada, principalmente, a resolver dudas y preguntas de los pacientes ante la información proporcionada por el médico; este comportamiento cotidiano se da por la permanencia de la enfermera en relación a la estancia del paciente, ella en esa circunstancia se convierte en un nexo en una mediadora o intermediaria, así lo ratifican los siguientes alegatos:

*...nosotros hacemos el contacto con el paciente, porque el médico no lo hace... mire que eso va a ser rapidito... solo nos faltaría*

*ponerlo en un papel: la enfermeras.... (Refiriéndose al inicio del documento de CI) pero allí dice: el médico que suscribe...generalmente es así, intervenimos para que el paciente este bien informado y firme el consentimiento. (Suadela)*

*... efectivamente, la transfusión lo indica el médico... banco nos proporciona el formulario; pero somos nosotras que estamos en medio, para crear el nexo con el familiar, entonces actuamos como intermediarias... (Pausa, pensativa) solo así se consigue el consentimiento informado... (Disciplina)*

*...el familiar nos vuelve a preguntar qué es lo que le van hacer, tal vez porque la información es muy pobre o con términos muy sofisticados... entonces el nos vuelve a preguntar a pesar de que ya firmo todo... y nosotros le volvemos a dar la información (sonríe con conformidad). (Lustitia)*

Lo manifestado por las enfermeras describe este acto de intermediación como información verbal, explicativo y confirmativo, en cumplimiento del artículo 12º del *Código de Ética y Deontología del CEP*<sup>13</sup>, que a la letra dice: *La enfermera(o) debe cerciorarse de que la persona, familia y comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna para fundamentar el consentimiento informado;* teniendo como base este escenario, la enfermera asume la responsabilidad de confirmar que se realice el consentimiento informado, preguntando al paciente si entiende los procedimientos que se realizarán y certificando que el paciente firmó después de esto; sin embargo, ello implica una abstracción, como bien lo establece, Pinilla<sup>11</sup>, cuando afirma: *Se debe reflexionar sobre la conveniencia de esta, ya que ello compete al médico y se puede exceder esta delegación haciéndola tácitamente responsable de su cumplimiento, sin que exista soporte jurídico que resguarde esta delegación;* la narrativa siguiente, expresa las experiencias al respecto de las enfermeras informantes:

*...normalmente el médico le informa qué es lo que le va hacer, pero de una manera muy superficial a veces sale, informa y después vemos que ni siquiera ha llevado la hoja, ni siquiera ha llevado lapicero,... estamos detrás para que el mismo lleve y haga firmar la hoja...pero casi nunca lo hace, lo hacemos nosotras (Lustitia)*

*Las enfermeras siempre estamos al tanto de que la autorización (CI) este firmada previamente por el paciente, por el familiar o el testigo y que todos los documentos queden listos para el momento que el paciente deba ser trasladado al procedimiento, sea una operación, o un examen de diagnóstico... eso ya se ha hecho una obligación para nosotras.... (Venus).*

Las alocuciones expuestas ratifican la preocupación de las enfermeras por el CI de los actos médicos, este va mas allá de la intermediación, prácticamente es una responsabilidad adquirida, para facilitar la atención médica. Algunas enfermeras consideran muy importante colaborar en su obtención, pero lamentablemente el médico “delega”, en ellas, la responsabilidad de informar y comunicarse con el paciente y su familia; por esto, hay quienes piensan que para bien del paciente no deben recibir esta responsabilidad delegada; y, por lo tanto, compete exclusivamente al médico, en tanto sea de actos o procedimientos médicos. Este actuar es concordante con León<sup>46</sup>, quien en su investigación realizada, en relación al actuar de la enfermera en el CI, acota lo que sus informantes aluden: *La enfermera ve otra parte que no ve el médico, ...además de explicar las cosas de otra manera(...), así pues, la enfermera, sobre todo en las áreas críticas, está “obligada” a resolver los temores, dudas, esperanzas, que el paciente experimenta en relación a su salud y en ese espacio interior<sup>11</sup>*, que solo ella sabe interpretar.

Al afirmar que el consentimiento informado requiere el acceso del paciente a la información, el derecho a la información se convierte en un factor relevante en este proceso debiendo ser

la misma, clara, sencilla, comprensible y veraz<sup>55</sup>. Es importante que las enfermeras refuercen la comprensión de la información, constituyéndose así en pieza clave y fundamental de las decisiones del paciente; más aun, si son partícipes de dicha intervención. Esta experiencia se expresa en el discurso de las informantes:

*...a veces se les habla de una manera muy clínica, que no es alcanzable al conocimiento de las personas que son ajenas a la salud...entonces... nosotros le explicamos un poquito más detallado y cómo se dice en castellano, para que puedan entender,... le puedas explicar también como se le va hacer, porque nosotros intervenimos en la instrumentación del procedimiento y hay procedimientos que requieren de firma, si o si... (Libertas)*

*... cuando empiezan a leer, que aceptan las consecuencias como producto de la transfusión, sobre todo, enfermedades infecciosas, observo el rostro de ese familiar, se le ve como un poco asustado, pregunta ¿y si le pasa algo a mi paciente?, ¡mire, lo que dice acá ¡ (simula gestualmente la cara de preocupación del paciente); entonces nosotros volvemos a conversar con ellos para informarles sobre las pruebas de seguridad, y que el procedimiento lo hacemos nosotras con todas las precauciones... solo así firman más tranquilos. (Fauna).*

Esta cualidad sabida de las enfermeras, tanto de facilitar la información como para profundizar las necesidades del paciente, es una constante en el cotidiano de las áreas críticas indicando su compromiso y fidelidad con el paciente, *por qué ha aprendido a comprender su lenguaje verbal y no verbal, con lo cual puede conocer lo que piensa y requiere, para poder ayudarlo y satisfacer sus necesidades, brindándole mayor tranquilidad durante su estancia<sup>58</sup>*; en las áreas críticas se traduce en el cuidado ético del paciente, desde una visión enfermera, de acuerdo a las condiciones del paciente, a la complejidad de las intervenciones y al contexto en que se desarrollan estas intervenciones, considerando que esta situación conlleva al paciente y a la enfermera a vivir experiencias diferentes en relación a otras

hospitalizaciones, destacando su condición especial debido a la gravedad de la enfermedad que lo limita y por lo tanto influyen en la percepción de su cuidado.

Como podemos apreciar, los sujetos de investigación reconocen la importancia de la información y de que esta pueda quedar formalizada a través de un documento, sobre todo en las áreas críticas, lugares donde se percibe la necesidad de legalizar el Consentimiento Informado para Enfermería, este no solo debe amparar los actos médicos sino también de los demás profesionales de la salud, donde se ubica la enfermera, como una objeción a la falta de amparo legal, que proteja el quehacer cotidiano de la enfermera, sobre todo, en las áreas críticas donde las experiencias están relacionadas a decisiones que pueden comprometer la integridad vital de la persona, sea por la situación emergente o la coexistencia de procedimientos de alta complejidad que a diario se realizan, con los consabidos riesgos en su quehacer. Lo expuesto se constituye en el argumento esencial de la categoría que a continuación se analiza:

#### DEMANDANDO LEGALIDAD PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERÍA

El Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo está registrado en la zona norte del Perú, como una de las mejores alternativas para la atención del paciente crítico o en situaciones de enfermedad emergentes; su infraestructura, el equipamiento de punta con que cuenta y el personal altamente capacitado, en la que destaca la enfermera, les permite afrontar con alta efectividad estas realidades del cotidiano, por lo que son reconocidas. No obstante, ellas están expuestas a un sinnúmero de

riesgos y por tanto de quejas, algunas relacionadas a la falta de información, sobre todo, cuando los tratamientos o cuidados fracasan al propósito o deseo de la familia, quienes fortalecidos por las facilidades de acceso que ahora tienen al conocimiento de sus derechos y deberes, -estos últimos pocas veces puestos en práctica en relación a los primeros- denuncian la vulnerabilidad de sus derechos.

Frente a ello, la práctica inadecuada de consentimiento informado que ejercen las enfermeras, en relación a los médicos, las ponen en evidente desventaja, porque no cuentan con un documento propio y válido que evidencie la información y consentimiento del paciente o su familia, para sus intervenciones, ni una norma que explicita el consentimiento informado para los procedimientos de enfermería, así cada vez, deben afrontar con mayor frecuencia quejas y demandas, situaciones en las que se sienten desprotegidas, al no contar con escritos válidos, para argumentar sus proceder, de ello parte la necesidad de contar con una norma que disponga el consentimiento informado de enfermería como proceso total, no solo como información, sea este, documentado o no, pero que refleje el consentimiento de la persona a ser intervenida, en lo que concierne a procedimientos propios de su quehacer.

Justamente, las normas vigentes en países como Colombia en cuyo *Código de Ética de Enfermería*<sup>59</sup> establece en su capítulo III, numeral 8: *Conocer su situación de salud y tratamiento, asegurar el ejercicio de su autonomía, obtener su consentimiento para los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, cuidado e investigación;* y, lo afirmado por Pinilla<sup>11</sup>

en relación a que la enfermera: *Tiene el deber ético y moral de informar, solicitar permiso a sus pacientes de cada uno de los cuidados y procedimientos que la enfermera realiza*<sup>11</sup>. Lo expresado se equipará como punto de partida en la presente investigación, con los manifiestos de las informantes, y termino constituyéndose en una oportunidad esperanzadora para que se norme esta aspiración y en el mejor de los casos se extienda a todos los profesionales de la salud, que de alguna manera tienen intervención en el paciente, con las especificidad reglamentaria que a cada cual le concierne, situaciones que se examinan en las categorías siguientes:

### 3.1 Experimentando desprotección legal y protección recíproca

*Utilizar la destreza y seguridad de los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja, son competencias propias de la enfermera(o) que labora en las aéreas críticas*<sup>58</sup>, como Shock Trauma - Emergencia y UCI, estas se han ido adaptando a nuevas formas de cuidar que marcan el progreso tecnológico de la profesión, a la par de las nuevas concepciones. En consecuencia, cuando la ciencia en su afán inquisitivo y transformador, se convirtió en amenaza para el individuo, la sociedad y la especie toda se vio en la necesidad de ponerle un freno a ese afán, dándole un nuevo rostro a la ética científica. Así surgió la Bioética<sup>6</sup>, que reconoce como característica de la persona, su libertad y autodeterminación, que empleada en salud, le dona el derecho de la participación en su cuidado, advirtiéndole de los riesgos, preferentemente documentado, para evitar la desprotección legal, aunque lo ético, siempre esté implícito en su quehacer.

Ante estas intervenciones, que implican beneficios pero a la vez algún grado de riesgo en la integridad física o psíquica del paciente; y el hecho de no contar con un documento normativo, que registre la aceptación del paciente para las intervenciones previamente explicadas, origina un vacío y sensación de desprotección y exposición, ante el riesgo de demandas por parte de los pacientes y sus familiares, situaciones que son expresadas de la siguiente manera:

*...vemos bastante profesionales que aún estamos desprotegidos en el actuar , sobre todo, en los sitios críticos, donde los procedimientos, no solo se tiene que hacer rápido sino que cada vez son más complejos, riesgosos,...cuando estamos inmersos dentro de un problema legal no tenemos documento de descargo, ... (Libertad)*

*...le damos la información al paciente para que él tenga conocimiento sobre el procedimiento que le vamos a realizar, para que sirva y sobre todo si él desea o no que lo hagamos para que él también conozca lo que puede pasarle... de alguna manera consideramos su derecho de persona para decidir, al saber por que le estamos haciendo ese procedimiento...pero solo es verbal y eso no nos protege legalmente, cuando hay un reclamo. (Disciplina).*

Los discursos, evidencian la necesidad de sentirse protegidas legalmente, y reconocen que el consentimiento informado es una buena estrategia para procurar un espacio de protección; como bien lo acotan las informantes, en el momento de probar que sí se ha informado al paciente y este ha consentido, no tienen cómo argumentar documentalmente y es sabido, como lo dice Gascón<sup>61</sup>, que *la valoración de la prueba ha de estar guiada por criterios de racionalidad(...); y que tales criterios han de ser después los que permitan justificar la declaración de hechos, aunque el conocimiento alcanzado es siempre imperfecto o relativo (...)* La prueba se concibe como una actividad racional, tendente a

reconstruir los hechos efectivamente acaecidos; así, lo conciben quienes determinan las responsabilidades judiciales, ellos convienen que las soluciones legales se basan no solo en las realidades sino en la certeza de las mismas; por tanto, el CI documentado para enfermería se constituirá en una certeza de lo actuado, en una protección legal que claman las enfermeras. Así lo ratifica la siguiente lexía:

*...como le digo, en caso de sondas, en caso de catéteres, de líneas arteriales nosotros le explicamos...entonces; por ejemplo, te dice: ya, señorita, acepto póngamelo,...si quiero que lo hagan, lo dice verbalmente (con preocupación)...no hay un consentimiento informado con formato (mueve la cabeza con desasosiego)...como le digo, en esos procedimientos que parecen tan sencillos, pero son complejos y por sus riesgos, necesitamos un CI escrito que nos proteja. (Lustitia).*

Es importante recalcar que si bien es cierto las enfermeras reclaman protección legal por medio del CI normado, no lo consideran un deslinde de sus responsabilidades, la legalidad de sus intervenciones no se pueden limitar al consentimiento solo de la persona cuidada, sino también a la garantía de su actuar con experticia en sus intervenciones; así, lo reconoce León y otros<sup>46</sup> y coincidimos con él cuando señala que, *la actual avalancha de adelantos científico-técnicos brinda alternativas diagnósticas y curativas con diferentes probabilidades de éxito ligadas a costes y riesgos también variables*. Con el consentimiento informado no se está limitando a un acto aislado y puntual, como puede ser la aceptación de una prueba o un tratamiento, ellas procuran un espacio de protección recíproca, así lo manifiesta el discurso expuesto:

*...desde el punto de vista legal, el paciente o la familia con su firma está aceptando las consecuencias, lógicamente tiene que ser un procedimiento con todos los cuidados, por ejemplo en lo que se refiere a la transfusión de sangre, plaquetas o plasma, el desarrollo del procedimiento lo realizamos con todos los cuidados*

*que se requieren sea está programada o como una urgencia...  
(Fauna)*

*... dentro de todo lo que corresponde a enfermería, viendo que en estos últimos tiempos existen tantos casos de denuncias, y; sobre todo, en estas áreas que son tan cambiantes... sería bueno se realice este documento como protección legal de nuestro trabajo, pero siempre garantizando el cuidado de calidad.  
(Venus).*

Estos manifiestos ponen en evidencia las experiencias de las enfermeras, protagonizadas en un contexto de alta variabilidad, como lo son las áreas críticas de un hospital, como bien decía K. Wojtyla<sup>9</sup>, cuando expresa que: La experiencia del hombre (...) no es un conjunto de notas dispersas, sino que está estructurada por aquello que se da y lo que se recibe, la experiencia entonces es aquello que no se logra, pero que sirve para en base a ello se pueda lograr; en este caso, el CI para enfermería. Wojtyla<sup>9</sup> agrega también, que *la experiencia tiene dos sentidos, el sentido real del objetivo y otro el sentido objetivo de lo real, en tanto lo conocido*, hay por tanto una realidad intencional (CI, escrito) y una intención de realidad que es el CI y la garantía de un cuidado de calidad, por tanto en esta concurrencia de experiencias la protección es para ambos, así lo reconocen las informantes a través de los lexías siguientes:

*El consentimiento informado tiene una connotación ética, en primer lugar, otra legal y actuar en favor de la persona, de su autonomía.... a quien vamos a brindar ese cuidado con su consentimiento,...este nos protege a los dos, más cuando los procedimientos son de alto riesgo.... (Fides)*

*...en las áreas críticas se presenta comúnmente la necesidad de procedimientos invasivos de alto riesgo, que se tiene que realizar a veces contra el tiempo, cuando se informa al paciente uno salva su responsabilidad profesional,... se puede entender así,... yo conversaba con un paciente pidiéndole autorización para un procedimiento y me dice...bueno, señorita enfermera, yo le firmo(voz afirmativa) y Ud. ¿se salva de esa responsabilidad,!...yo le respondí que su firma y mi experiencia nos salvaban a los dos (sonríe)...(Suadela)*

Estas manifestaciones reflejan claramente que las enfermeras particularmente en las áreas críticas, no pretenden con el CI para Enfermería un deslinde de responsabilidad todo lo contrario, hacen suya la postura del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)<sup>62</sup>, que como institución normativa internacional reconoce que la información al paciente y a sus familiares cercanos, constituye actualmente un posicionamiento novedoso, tanto para los usuarios como para los prestadores de servicios de salud; es decir, en el proceso evolutivo del concepto salud, hoy nos encontramos en un mayor desarrollo de la idea de salud como un derecho y responsabilidad compartida, aplicable en el nivel asistencial... De igual manera, el CI si bien es cierto, será un elemento de protección legal del quehacer de enfermería, este no lo aleja del propósito de la profesión, de fomentar una mejor comunicación entre el paciente y el proveedor de cuidados de salud (equipo de salud, agregado por la investigadora).

Este enfoque todavía no es comprendido ampliamente por el personal de salud en nuestro medio; y es visto como una amenaza desde el aspecto legal, situación que se necesita superar en aras de un desempeño autónomo y de calidad<sup>55</sup>, lo cual se ve reflejado en actuaciones de deslinde unilateral donde la enfermera al no contar con prueba documentada se ve en desventaja, frente a otros profesionales, las informantes así lo manifiestan:

*El CI es un respaldo legal desde el momento que hay una firma,... se ha dado en muchos casos por ejemplo cuando lo intubamos... o una transfusión, es sabido que hay hasta casos legales, en cuanto a esto, es a todo el equipo, pero sabemos que todo recae de repente en las enfermeras,... los reclamamos sobre todo,...en tantos años de experiencia que uno tiene hay que prever y nuestra palabra a veces, no es suficiente... (Salus).*

*... dentro de todo lo que corresponde a enfermería viendo que en estos últimos tiempos, los procedimientos, cada vez son más*

*complejos y riesgosos y por tanto existen tantos casos de denuncias, donde la enfermera se defiende sola... sería bueno que se realice este documento como protección legal. (Venus)*

Lo manifestado por las informantes, resalta la importancia de una reflexión profunda, ya que no solo está de por medio una invocación a la desprotección legal; implica, elucidar profundamente. Duarte<sup>40</sup> apoya el entendimiento de lo expresado, cuando dice: *Elucidar significa “pensar el acto”, reflexionar sobre aquello que hacemos y que pasa desapercibido ante nuestros incautos ojos, a fin de empezar a adoptar una actitud crítica sobre aquello que vivenciamos, como la Enfermería; invito, a realizar un ejercicio intelectual, una lectura reflexiva de nuestro quehacer cotidiano*, en este caso sobre la importancia del CI de Enfermería documentado, en la práctica del cuidado humano, ya que en este interín de respeto y resguardo de sus derechos del cuidador y la persona cuidada, los pacientes también se han organizado para defenderse; en relación a ello discurre el siguiente discurso:

*... la gente está también mas informada, antes pasaban cosas y bueno pasaba desapercibido, ahora la gente sabe sus derechos, esta la defensoría del asegurado, saben de fiscales, se apoyan en las organizaciones entonces de alguna u otra forma el consentimiento de ellos va ser nuestra ayuda, necesitamos siempre estar protegidos, sobre todo por la complejidad de los procedimientos que se hacen aquí en las áreas críticas... (Libertas).*

El reconocimiento de los derechos de la persona, tanto a nivel institucional como son la *Defensoría del Pueblo, MINSA, Defensoría del asegurado*, a través de sus *Oficinas de atención al asegurado*, en EsSALUD; así como, la normatividad legal vigente en la que destaca la *Constitución Política del Perú, El Código Civil*, las leyes específicas en materia de salud, como *La ley General de*

*Salud y su reglamento, la Ley del Enfermero Peruano y su Reglamento, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Lisboa, los Derechos de los Pacientes; y, desde el punto de vista ético, la Declaración de los Principios de la Bioética de Eliot Sgreccia, La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y el reciente DS N° 011-2011-JUS Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos humanos en el Perú, son fuentes valederas para la afirmación de la persona como tal; y, en consecuencia de los derechos que de ellos deriven, tanto para el paciente como para la enfermera.*

En este orden de cosa, es menester recordar que *solo es posible cuidar correctamente del otro, si el agente cuidador se siente debidamente cuidado (...); tal apertura; no obedece a la voluntad de dar, sino al deseo de resolver carencias y necesidades que el cuidador padece. El acto de cuidar se convierte entonces, en un proceso de proyección e incluso de instrumentalización*<sup>57</sup>. Lo expresado es una aseveración del concepto de cuidar, que tiene la Enfermería: Un proceso transformador para la persona cuidada porque facilita el darse a otra persona, ayudar, implica dar algo de uno mismo, y por eso puede colaborar en el desarrollo personal<sup>63</sup> de este binomio del cuidado, que es la persona cuidada (paciente) y el cuidador (enfermera).

Entonces, es fácilmente deducible la carencia de un consentimiento informado documentado para Enfermería y la necesidad y trascendencia que este tiene para la enfermera. Cerrar los ojos a esta realidad sería, como lo afirma Torralba<sup>57</sup>, perder de vista que el cuidador también es un sujeto humano y

que, en cuanto tal, es vulnerable y debe protegerse y cuidar de sí mismo, para poder desarrollar correctamente su labor social. Instrumentar a la enfermera de un consentimiento informado, oficializado por sus instituciones rectoras, es también reconocerla como persona, a la que debe resguardársele sus derechos. Dado el contexto de legal reclamación de los pacientes, ellas también demandan medios e instrumentos, no tanto para protegerse legalmente, sino para legalizar sus intervenciones, así lo especifican en la siguiente sub categoría.

### 3.2 Avistando el consentimiento informado para enfermería

En los últimos años, la profesión de enfermería ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica. Década tras década, se ha hecho más sensible a la aplicación de las necesidades humanas en el campo de los cuidados de la salud, logrando de esta manera más objetividad en el análisis de sus esfuerzos y metas profesionales<sup>64</sup>. Este dinamismo le ha permitido desarrollarse a la par de las otras ciencias, en la que destacan la ética y la bioética.

En relación al tema de CI, en la última década afirma Prieto de Romano<sup>65</sup>, *ha surgido un genuino interés por profundizar conceptualmente en el y su aplicación al cuidado, esto debido al vertiginoso cambio que ha tenido la relación que se establece entre la enfermera y las personas que solicitan sus servicios, en términos de mayor respeto por la dignidad y autodeterminación del sujeto de cuidado y las consecuencias de diversa índole que de allí se derivan, entre ellas, las éticas y legales, sin perder el punto de vista principal del CI, un deber obtenido de sus responsabilidades como enfermera y no una acción descontextualizada, defensiva, que*

*impulse un cuidado con menores responsabilidades, protocolaria o delegada por otros profesionales, que la acerquen a garantizar la humanización de los servicio sanitarios, que mantengan el máximo respeto por la dignidad de la persona y la libertad individual.*

Siguiendo el sentido lógico de esta nueva realidad ética, pero también legal, hay necesidad que este consentimiento se realice de manera adecuada, correcta tanto para el paciente como para la enfermera. En el paciente, la garantía son las normas establecidas para ello y la conciencia moral de los actos que ofrece la enfermera; sin embargo, darle solo acción potestativa al médico, quien es el único al que se le reconoce esta acto de CI, desdibuja la autonomía profesional de la enfermera y la pone en riesgos innecesarios, por la carencia o falta de reconocimiento a la práctica del CI informado, propio de enfermería, dejándola en el plano de información y su participación facilitadora en este. La evidencia de lo descrito se traduce en los siguientes discursos:

*El CI en el trabajo de enfermería, que ha avanzado tanto, creo que es muy importante, porque es un aspecto que no se ha cubierto hasta ahora a pesar de la complejidad de lo que hacemos,.. Nos serviría por ejemplo para, tranquilidad, satisfacción y también para demostrar nuestro trabajo...porque en ninguna parte queda ese aspecto plasmado, a diferencia del médico que si lo tiene pero... ¿quién lo hace? Nosotras... (Disciplina)*

*...los médicos salen bien librados de los problemas judiciales, porque a veces no lo anotamos o no hay documentos que nos avale en los procedimientos que mayormente son de alto riesgo, sobre todo en unidades críticas como shock trauma, UCI y otros, sería necesario que la enfermera, tratara de generar documentos, así como lo hacen los médicos, para salvaguardar nuestra responsabilidad, ¡pero no tenemos! (con admiración), ese documento (CI). (Suadela)*

Los discursos evidencian la práctica del CI no documentado, las enfermeras lo hacen como parte de su cuidado y de alguna manera son practicantes del CI fundamental, ético y está inmerso en su cuidado; por ello, siempre es verbal. *Este actuar se fundamenta en que ningún documento leído y firmado puede sustituir el diálogo*<sup>67</sup>, y este es permanente entre la enfermera y el paciente; sin embargo, la firma del documento de CI es una oportunidad de garantía jurídica, tanto para el paciente como para la enfermera, ella es consciente de esta necesidad, porque los aspectos éticos tienen que ver directamente con el comportamiento ético de la persona en su actuar, el comportamiento legal tiene que ver con las leyes y estas sólo reconocen aquello que se puede demostrar por la razón o las pruebas. En este sentido, son las organizaciones representativas de la Orden las que deben hacer sentir este respaldo, especificando con puntualidad cuándo, a quién, dónde, de qué manera se ha de cumplir este proceso, respondiendo a la normal demanda de sus miembros, ya que ellas no perciben esta protección, como puede apreciarse en el siguiente discurso.

*... como que el Colegio de Enfermeras y las leyes no dejan sentir mucho apoyo en este aspecto del consentimiento informado para enfermería, Porque he visto que... (Silencio) bueno han habido aspectos legales que no han sido para favorecer a la enfermera,... en realidad lo que hacemos como consentimiento informado no tiene todos los aspectos que debe tener para protegernos de manera legal, y lo primero... ¡que sea de enfermería! ... (Minerva).*

*Bueno, a mí me parece que el colegio, o mejor dicho el Código de Ética, la misma Ley del trabajo de la enfermera, solo se refieren a que la enfermera debe informar, o también creo debe ayudar a que el paciente entienda...no dicen nada del CI escrito, hasta informar es verbal...que yo recuerde no dice por escrito...allí se quedaron cortos... (Suadela).*

Los discursos emitidos, si bien es cierto se aproximan al conocimiento de lo reglamentado en el código de Ética y

Deontología del CEP<sup>13</sup>, que data desde 1978 y ha tenido varias modificaciones, siendo la última la que por DL. N° 22315-2008, reitera en materia de consentimiento informado, una aproximación a lo esperado porque su artículo N° 10° a la letra dice: *La enfermera(o) debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de salud y las excepciones que la ley establece.*

Al referirse solo a la información y bajo el concepto de que CI, es un proceso gradual que tiene como base la información, cuya dinámica radica en un encuentro de entendimiento dialógico contractual, que finalmente y desde el punto de vista legal, debe ser documentado y firmado por ambas partes; este artículo solo estaría garantizando unilateralmente la información que la enfermera brinda al paciente. Por otro lado, el Artículo N° 12° establece que *La enfermera(o) debe cerciorarse de que la persona, familia y comunidad reciban información clara, suficiente y oportuna para fundamentar el consentimiento informado.* El mencionado artículo es percibido como una ratificación de su rol de intervención como intermediario, explicativo, de defensoría, que la enfermera, en cumplimiento de este artículo, realiza para que otro profesional obtenga el CI de sus intervenciones.

Por otro lado, la Ley del Trabajo de la Enfermera(o), Ley N° 27669<sup>67</sup>, invoca en varios de sus artículos el respeto de los derechos de los pacientes, al cumplimiento de normas nacionales y supranacionales que resaltan la dignidad de la persona, no existiendo ningún artículo relacionado al CI de Enfermería propiamente dicho.

León<sup>46</sup> afirma sobre ello que actualmente las intervenciones comprendidas en el quehacer diario de las enfermeras no cuentan con un papel o documento escrito que valide la información que las enfermeras pueden entregar a sus pacientes, previo a un procedimiento o intervención clínica, por este motivo, podemos decir que el CI aportado por los profesionales de Enfermería corresponde a información general y sencilla que encasilla este tipo de consentimiento en simple o verbal; y así lo avalan las disposiciones pertinentes en nuestro medio. Complementariamente a ello, las enfermeras de las áreas críticas reconocen, por las experiencias vividas, la importancia de documentar su información o la obtención del CI de sus intervenciones; para ello utilizan estrategias de protección para validar, algunas veces, la información de sus procedimientos en el paciente y otras pocas cuando ha obtenido un CI verbal, en la esperanza de que esta se normará y actualizará al más breve plazo, así lo manifiestan las enfermeras de las áreas críticas:

*...entonces lo que hemos aprendido acá (voz afirmativa y con el dedo indica el lugar) en la cuestión de la práctica, es escribirlo en las anotaciones de enfermería, hasta que podamos tener un CI propio de enfermería... (Libertas)*

*...las normas que ampara el trabajo de la enfermera, en lo que yo tengo conocimiento no está contemplado (interrumpo: ¿qué faltaría entonces?) normar,...normalizarlo y que se aplique (voz demandante). (Venus)*

*En el Código de Ética está considerado lo referente al consentimiento informado o información...solo verbal...sí, verbal..., creo que hay que actualizarlo y en otras leyes solo se hace referencia a lo del médico (Fides)*

Estas expresiones han sido ratificadas en otros estudios y concuerdan plenamente con las expresiones vertidas. El más reciente documento emitido por el CEP, producto de un taller de investigación, confirmó la pertinencia de obtener el CI para los

procedimientos de enfermería, *con una aprobación de 86% de las participantes, tanto para los procedimientos invasivos como no invasivos; sin embargo, al preguntar si actualmente este se aplica en los servicios, la respuesta mayoritaria fue que no*<sup>55</sup>, ello sucede porque simplemente no existe un aval normativo para la exigencia de su cumplimiento y por que las instituciones solo reconocen esta facultad al profesional médico.

En tanto, el documento del CEP: El Derecho a la Información, el CI y la práctica de Enfermería, que data del año 2008, *recomiendan que para los procedimientos invasivos y no invasivos debe registrarse en las notas de enfermería; y hace la aclaración de que: en el momento se debe registrar en las anotaciones de enfermería, pero posteriormente se debería elaborar un formato estándar, informado sobre los diferentes procedimientos que se le pueden realizar al paciente y este deberá consignar la firma del paciente o su familiar*<sup>62</sup> obviando que para la validez legal en este proceso contractual, también debe consignarse la firma de la enfermera. Esta propuesta también es compartida por las enfermeras informantes; y la luz de la esperanza de contar con un CI de enfermería se va constituyendo en una demanda *ad portas*, donde ponen a disposición su creatividad. Así exponen algunas propuestas que lo manifiestan en sus espontáneos discursos:

*En primer lugar, se debería dar importancia a este documento ... y el personal de enfermería debería abocarse a elaborar el CI para los procedimientos del cuidado de cada uno de los servicios que se tiene en nuestro hospital... por qué no son los mismos procedimientos que se realiza en todos los servicios, en una área crítica son distintos o diferentes, en relación a otros servicios de menor complejidad, debería estar normado, que se le haga firmar a la familia o a la persona cuidada y la enfermera que realizara el procedimiento, es un actuar ético, pero más una respaldo legal. (Fides).*

*...personalmente pienso debe de haber un documento escrito, sería bueno elaborar formatos propios de enfermería, porque siempre hay un formato general del médico, que esté relacionado con lo que nosotros hacemos, un formato único firmado antes de entrar a la unidad... por el que consiente se le coloquen sondas, vías, aspiraciones y hasta bañen todos los días o inter diario, más o menos así...o con la familia... que sea un consentimiento general donde vaya especificado todo... (Lustitia).*

La necesidad de contar con un documento para el CI de enfermería es un sentir definitivo de las enfermeras, sobre todo; de las que laboran en las áreas, su especificidad esta reafirmada por las informantes así como lo está en La guía sobre CI (versión revisada) del Comité de Bioética de Cataluña<sup>66</sup>, que recomienda que en la práctica del CI se debe tener presente que el documento de CI tiene que ser específico para cada supuesto, sin perjuicio que puedan adjuntarse hojas informativas generales. Este documento tiene que contener información suficiente sobre el procedimiento(os) de que se trate, y sus riesgos.

Esta aspiración no puede ser producto del azahar o de una postura empírica, debe obedecer a una reflexión consensuada entre la investigación y el conocimiento, que predispone a un mejor entendimiento de su trascendental significado en la práctica de la enfermería del siglo XXI y del futuro, en esta continuación, la responsabilidad de acceder a él, debe ser producto de un trabajo conjunto desde las bases, llámense Departamento de Enfermera, Sindicatos, Colegio, Asociaciones Científicas de Enfermería, entidades formadoras, investigadoras, entre otras, que den el impulso necesario a la iniciativa de profesionales interesados en viabilizar este tema. La investigadora ha recibido motivaciones más que suficientes para iniciar o continuar los caminos preparados y con la férrea decisión de que se tiene que dar como un imperativo del desarrollo de la práctica disciplinar, así lo corroboran las enfermeras de las

áreas críticas:

*...en relación al CI estamos tratando de mejorar y ahora que ya somos varias que hemos hecho maestrías... estos temas se toman con muchísima reflexión... estamos allí... estamos mejorando... debemos plantear un CI para enfermería, que tenga la misma validez legal que los de otros profesionales... porque lo ético siempre está inmerso en el trabajo de enfermería. (Empanda)*

*En relación al CI, tendríamos que ponernos a trabajar al respecto, porque es algo que no se ha hecho hasta ahora, y que si no fuera por la investigadora (gesto de aprobación) no se conocería la necesidad e importancia de este aspecto. (Disciplina)*

*...si esta investigación es sobre todo para mejoras y avances en nuestra profesión, en buena hora, pero que no quede solo en investigación, sino que los resultados, permitan un CI de Enfermería documentado, que sea ¡ya! instalados dentro de los protocolos de atención. (Venus)*

Queda claro que los profesionales que prescriben las técnicas y aquellos que las hacen tienen responsabilidad de mantener una conducta ética en su actuar, ello deviene en el respeto a la persona humana, su dignidad, su libertad, su libre determinación; sin embargo, nos saldríamos del recuadro óptimo de lo dicho, si a ello no se agrega el deber de información veraz, sencilla y clara por parte de la enfermera antes de intervenir en el paciente, recordando que solo queda constancia que se ha producido el CI, mediante la firma de un documento que comporta el deber previo de informar correctamente al paciente o frente al impedimento de él a la familia más próxima en sucesión o a quien haya nombrado como su tutor.

Todo lo anteriormente expuesto quedaría nuevamente en la lírica expresiva si es que no se toman acciones que evidencien el deseo de normar el CI, por ser una aspiración de la Enfermería de este siglo; sin embargo, no debe olvidarse que no solo es el médico

o la enfermera que intervienen en el paciente, los son todos los profesionales de la salud, la lógica deductiva por tanto indica que todos los profesionales de la salud deberían proceder previo a un CI documentado, en ese propósito la investigadora presenta una propuesta de proyecto de ley titulada Ley que Regula el Consentimiento Informado Para los Profesionales de la Salud (AnexoNº7); será en materia de su reglamento que se darán las especificidades para cada una de las profesiones y estas, en cada una de sus áreas. Menuda tarea propuesta.

Las categorías analizadas se manifiestan a continuación mediante la estructuración de un esquema teórico conceptual, que visualizan los resultados obtenidos, como una contribución a su mejor comprensión.



**EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS SOBRE  
EL CONSENTIMIENTO INFORMADO  
EN EL CUIDADO A PERSONAS HOSPITALIZADAS EN SERVICIOS CRÍTICOS**

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

SINGULARIDADES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CUIDADO DE LA PERSONA EN ESTADO CRÍTICO.

ESENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENER COLABORACIÓN EN EL CUIDADO.

RESALTANDO LA PRIMACÍA DE LA VIDA SOBRE LA INFORMACIÓN RECONOCIENDO EL C.I. COMO EXIGENCIA ÉTICA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL C.I. VERBAL Y ESCRITO

ÉTICO

LIBRE ALBEDRÍO

CUIDADO HUMANO

DIGNIDAD DE LA PERSONA CUIDADA

LEGAL

CONTRATO CONTRACTUAL DE RESPONSABILIDADES MUTUAS

DEMANDANDO LEGALIDAD PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMERIA

EXPERIMENTANDO DESPROTECCIÓN LEGAL Y PROTECCIÓN RECÍPROCA AVISTANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENFERMERIA

Mgt. Mary Susan Carrasco Navarrete  
Lic. Carmen Bazán Sánchez

PROPUESTA DE LEY



## CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de las experiencias de las enfermeras sobre el CI en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos, el mismo que se ha hecho a partir de los discursos, corroborado y contrastado con la teoría investigada, han permitido llegar al más cercano juicio sobre sus experiencias, anclando en las siguientes consideraciones finales:

El paciente hospitalizado en las áreas críticas (UCI, Shock Trauma-Emergencia) es reconocido por las enfermeras como una persona con alta vulnerabilidad constitutiva; esta es asumida como una fuerza motriz en el cuidar, que la induce frente a su deber de informar antes de actuar, a privilegiar la primacía de la vida ante todo y ante todos, y asume esta realidad como parte de su experiencia más íntima, expresándola en un actuar ético de defensa irrestricta de la vida frente a lo secundario, a lo irrelevante en el momento, porque actúa de acuerdo al contexto en que vive, lo analiza y toma sus decisiones; complementa el cumplimiento de su actuar ético, cuando superada la crisis es capaz de informar al paciente, su familia o tutor, de todo lo actuado de manera veraz, sencilla y clara respetando y comprendiendo los aspectos emocionales que ellos viven.

Las enfermeras, que laboran en áreas críticas, debido a que sus intervenciones demandan prioridad en el tiempo y en el orden propio de las mismas, restringen su actuar, a un proceder sin información u obtención de un consentimiento previo para intervenir; sin embargo, ellas admiten estas limitaciones, que recluye el desconocimiento de la persona, hasta los límites de

calificarla con sus actitudes, como un objeto al que se le interviene sin su participación en la toma de decisiones, desposeyéndole muchas veces de su propia esencia y colocándolo al borde de ser convertido en objeto.

El consentimiento informado, como tal, no se da en el ámbito de enfermería, ocasionalmente este proceso dialógico, contractual de responsabilidades mutuas entre la enfermera y el paciente que cuida, se limita a la información y/o explicación que la enfermera realiza como un acto inmerso en su cuidado, que ha prevalecido a través del tiempo, como parte del apoyo psicológico del paciente, que enfrenta experiencias nuevas, emergentes y de alta complejidad; este proceso, como tal (información) se realiza de manera verbal a falta de un documento de enfermería propio, específico para sus intervenciones.

La experiencia de la información previa, aun en estas situaciones inesperadas, cambiantes y críticas como lo son las unidades de atención UCI y Shock Trauma-Emergencia, son valoradas positivamente, tanto por el paciente como por la enfermera; para ella, la información que da al paciente, previo a los procedimientos, facilita sus intervenciones, genera confianza y fidelidad mutua, logra una mejor empatía y una relación proactiva entre la enfermera y el paciente, este al sentir que se ha considerado su opinión, y se ha sentido persona, es copartícipe de su cuidado.

Las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado de los actos médicos, históricamente se ha caracterizado, por su rol de facilitador. Esta situación prevalece porque la enfermera lo considera como parte de su responsabilidad, aunque es una responsabilidad ético y legal del

médico, (atribución que le dan todas las leyes y normas existentes); sin embargo, su proximidad con el paciente, y la confianza que este le delega, la compromete a realizarlo, ella lo hace porque sabe llegar mejor al paciente, está capacitada para prever las necesidades de información del paciente, resolver sus dudas, aliviar sus temores, y lo hace a veces muy a su pesar por el bienestar del paciente.

La enfermera de las áreas críticas está dotada de autoridad académica, porque está capacitada para intervenir en procedimientos de mediana y alta complejidad; empero, estos procedimientos, involucran un riesgo, que debe ser advertido al paciente y este consentir previa a la información correspondiente. Al no existir un CI para los procedimientos propios de enfermería, documentado, se expone de manera constante a los riesgos legales, que incluye, desde una queja simple hasta una demanda judicial. Esta constante exposición es una experiencia a veces desmoralizadora, por falta de soporte jurídico para su defensa, por ello abogan por un consentimiento informado para enfermería documentado, sin que esto signifique un deslinde de responsabilidades.

Las enfermeras de las áreas críticas reconocen el derecho de los pacientes a la información como base de su autodeterminación; este derecho, no solo está reconocida en la bioética, la ley, la filosofía, la antropología del cuidado, las políticas públicas nacionales e internacionales, sino principalmente en la praxis del ejercicio clínico, en el proceso de cuidado. Ser acopiados en un documento escrito o en un proceso verbal legitimado, es una demanda de las enfermeras, de tal manera que su desempeño

laboral en estas áreas, sea seguro para el paciente y para ella, entendiéndose por seguro, no sólo la oportunidad, el acceso y la experticia de quien lo provee, sino también de la participación activa del paciente, considerando las excepciones establecidas por ley. Las enfermeras no cuentan con un consentimiento informado documentado para enfermería, merced a lo cual demandan de sus autoridades una actitud de profunda reflexión, y la intervención peticionaria de revisar los articulados de sus normas, a fin de propiciar la creación de un documento normativo, que incluya en este proceso de consentimiento a todos los profesionales de salud y de manera particular a la enfermera, estableciéndose a este nivel, formularios o documentos, de acuerdo a las áreas, según el grado de complejidad de los cuidados y por tanto de sus intervenciones, en resguardo de su desempeño profesional, ética y legalmente.

## RECOMENDACIONES

En base a estas consideraciones la investigadora se permite poner a disposición las siguientes estrategias para fortalecer y posibilitar la práctica correcta del consentimiento informado para Enfermería.:

A las entidades formadoras:

Acrescentar la formación ética del estudiante tanto a nivel de pre y postgrado, así como el conocimiento del contexto legal en que se desarrolla la profesión, para crear las bases de una auténtica defensoría de los derechos de los pacientes, priorizando el respeto a su dignidad, a partir de la práctica ética y legal, bien ejecutada del consentimiento informado para Enfermería.

A Las instituciones prestadoras de salud

Implementar los Comités de Ética Asistenciales (CEA) para que de manera prioritaria establezcan la creación de consentimiento informados, válidos para todo tipo de exploraciones y tratamientos y en el caso del cuidado enfermero; delegar a los Departamentos de Enfermería, a través de sus supervisoras y/o jefes, el monitoreo y las estrategias de contingencia, para la correcta aplicación del consentimiento informado para Enfermería, sobre todo, si las intervenciones implican riesgo. En tanto se dé un formulario específico, realizarlo por escrito, en la Historia Clínica, considerando la firma del paciente o su representante, y el de la enfermera, sólo así garantizará la legalidad del mismo.

A las enfermeras en general y de manera exclusiva a las que laboran en las áreas críticas:

Valorar el consentimiento informado como un proceso dialógico contractual, que se inicie en la información y concluya con el consentimiento racional del paciente, que lo haga copartícipe de su cuidado. Evitar que este se constituya solo en protección legal de la enfermera, por el contrario, este debe ser, la expresión del cuidado humanizado que brinda, artífice del reconocimiento de la dignidad de la persona.

Reforzar las modificaciones de normas y leyes pertinentes al consentimiento informado, dejando de lado los silencios y la permisibilidad, iniciando las investigaciones interdisciplinarias al respecto, para definir los límites de cada una, en torno a la esencia y responsabilidad del consentimiento informado, específico, pero a la vez corporativo, en bien de la persona cuidada (paciente) y del proveedor del cuidado, entre ellos la enfermera.

A las instituciones representativas de la profesión de enfermería: CEP, FEP, sindicatos y organizaciones científicas:

Promover la actualización de las normas que regulan ética y legalmente el consentimiento de intervención en el quehacer de la enfermera, al más breve plazo, orientándola a salvaguardar los derechos de los pacientes, pero también el de las enfermeras, explicitando y delimitando sus propias responsabilidades, a través de una propuesta de consentimiento informado propio para Enfermería, legalmente constituido, estableciendo las condiciones ético-jurídicas y contextuales más pertinentes de cada área de atención.

Ser los agentes de la iniciativa legislativa de la investigadora, Proyecto de Ley: *LEY QUE REGULA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD*, viabilizándola en las instancias pertinentes, reconociéndolo como producto de esta investigación, que parte de las experiencias de los sujetos propios, inmersos en esta problemática: Las enfermeras de las áreas críticas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kerouac S. *El pensamiento enfermero* Editorial Masson S.A. Barcelona, España. 2002.
2. Waldow V Regina. O cuidado na saúde. As relações entre o eu, o outro e cosmos (*En el cuidado de la salud. La relación entre el yo, los demás y el cosmos.*) Petrópolis, RJ: Vozes, Brazil. 2004
3. Waldow V Regina. Cuidar. *Expressão humanizadora da enfermagem.* Edit. Vozes Ltda. Brasil. 2006.
4. Catalina García Martín y otros. *Historia de la Enfermería: Evolución Histórica del Cuidado Enfermero* Ed. Harcourt. ELSEVIER. España 2007.
5. Pastor García, LM, León Correa, FJ. *Manual de ética y legislación en Enfermería.* Ediciones Mosby. Madrid. 1997.
6. Blanca Basquez Polloni. *Consideraciones Legales en la atención del Anciano: El consentimiento informado,* [consultado el 22.05.2010] disponible en: [www.mednet.el/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/8/2746?](http://www.mednet.el/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Enfgeriatrica/8/2746?).
7. Durand de Villalobos María Mercedes. *Cuidados básicos de Enfermería.* FEUNC. Bogotá. 1993.
8. Enciclopedia Libre: *Diccionario Wikipedia.* [Consultado el 15.05.2010], disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Experiencia>.
9. Wojtyła Karol. *Persona y Acción.* Editorial: Biblioteca de Autores Cristianos Madrid. España. 1982.
10. Marriner Tomey, Ann. *Modelos y Teorías en Enfermería.* 6ta. Edición. Editorial ELSEVIER. Madrid. España. 2007.
11. Pinilla Páez Nancy. *Consentimiento Informado en Enfermería.* Persona y Bioética, año/vol.4 9-10. Universidad de la Sabana, Cundinamarca, Colombia. 2000.
12. Polaino Lorente y otros. *Manual de bioética general.* Ed. Rialp. Madrid, 1994, citado en Pinilla Páez Nancy. *Consentimiento Informado en Enfermería.* Sabana, 2000.

13. Colegio de Enfermeros del Perú. *Código de Ética y Deontología*. Lima. Perú, 2009.
14. Prieto de Romano, Gloria Inés. *Consentimiento informado Consentimiento voluntario* en el libro *Dilemas Bioéticas Contemporáneos* cuyo editor es Gilberto Cely Galindo S.J. Bogotá D. C. Colección Bioética 3R Editores. Primera Edición, 2002, pág. 191 – 208.
15. Polit, Hungler. *Investigación Científica en las Ciencias de la salud*. Ed. Mc. Graw Hill. Sexta ed. México: 2000.
16. Pérez Serrano Gloria. *La Investigación Cualitativa*. Edit. La Muralla, Madrid. España.2002
17. María do Orto, M de Souza y otros. *Investigación Cualitativa en Enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Serie PALTEX y Sociedad 2000 N°9. OPS.2008.
18. Andrade Martins Gilberto. *Estudo de caso: Uma estrategia de pesquisa*. Sao Paulo: Atlas 2006.
19. Morse M. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia; Colombia 2003.
20. Martínez M, *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas; 2004.
21. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) LEY N° 27056. [Consultado 19.07.2011/22.00hrs.], disponible en: [www.peru.gob.pe/docs/PLANES/.../PLAN\\_107\\_Marco%20Legal\\_2010.pd](http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/.../PLAN_107_Marco%20Legal_2010.pd).
22. Pérez, G. *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes, II Técnicas y Análisis de Datos*. España: La Muralla; 1998.
23. M. P: Díaz I Gisela I, Andrés O Rafaela. Curso: *La Entrevista Cualitativa*. Universidad Mesoamericana Guatemala, Octubre, 2005.
24. Burns, Nancy, Kerouac Susan. *Investigación en Enfermería*. Ed. ELSEVIER España S.A. Tercera ed. Madrid España.2005.
25. Mejía Navarrete, Julio. *El Muestreo en la Investigación Cualitativa*, [consultado el 22.08-11/ 22.00 hrs.) disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv\\_sociales/n52000/a08.p](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/n52000/a08.p)

26. Wolcott, Henry F. *Mejorar la escritura de la Investigación Cualitativa*. Newbury Park: Ca: Sager, 1990. Traducido de Inglés a español por: M. Schnitter C. en *Investigación y Educación en enfermería*, vol.22, N°2. Antioquia, Colombia, 2004.
27. Sgreccia Manuel E. *Manual de bioética*. Ed.Diana.Mexico.1996.
28. Decreto Supremo N°011-2011-JUS: *Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos*. [Consultado el 17.11.2011], disponible en:  
<http://www.minjus.gob.pe/sites/default/files/documentos/difusionlegislativa/DS-N-011-2011-JUS-EL-PERUANO.pdf>
29. Ramiro García, Francisco José. *La fundamentación personalista en Bioética* (L. Palazzani), 2004, [consultado el 14.12.2010] disponible en:  
[http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=65](http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=65)
30. Pastor García, Luis Miguel. *La Bioética y sus principios específicos, en Manual de ética y legislación en enfermería*, [consultado el 21.05.2011] disponible en:  
[http://www.cpimtz.sld.cu/download/etica\\_medica71.pdf](http://www.cpimtz.sld.cu/download/etica_medica71.pdf)
31. Castillo E; Vasquez.ML *El rigor metodológico en la investigación cualitativa*. ISSN 1657-9534 Colombia 200 [consultado 22.10.2011.] disponible en:  
<http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/Vol34No3/cm34n3a10.htm>
32. Rumeu Casares, Carmen., *Responsabilidad ética de los cuidadores*, en Cabanyes, Javier y Monge, Miguel. *La Salud Mental y su Cuidados*. 2°ed. Ed. EUNSA, España.2010.
33. Polo, Leonardo, *Ética, Hacia una versión moderna de los temas clásicos*, 2°ed. Ed. AEDOS, Unión Editorial, Madrid, 1997.
34. Lucas Lucas, Ramón. *Antropología y Problemas Bioéticos*. 1° Reimpresión BAC.Madrid.2005.
35. Gherardi, C; Chaves, M y otros. *La muerte en un servicio de terapia intensiva. Influencia de la abstención y retiro del soporte vital*. Medicina, 66 n.3, Buenos Aires. 2006
36. Polaino-Lorente A, *La persona humana y su dignidad como valor prioritario en las Ciencias de la salud. El Respeto*; Cap.5,

- en Pastor García, LM y León Correa, FJ. Manual de ética y legislación en Enfermería. Ediciones Mosby. Madrid, 1997.
37. Reglamento de Ley N°27604[consultado el 19.08.11/22.] disponible en [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/.../rlgsmpsam.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/.../rlgsmpsam.html).
  38. Ley General de Salud N°26842, [consultado el 19.08.11.] disponible en [www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf](http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf).
  39. Pla Rodríguez, Américo. *Los principios del derecho de trabajo*. Ediciones De Palma. Buenos Aires, 1990.
  40. Rodríguez Luño, Ángel, *Ética*, en Fernández Labastida, Francisco – Mercado, Juan Andrés (editores), *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*, URL, [consultado el 2.01.12] disponible en <http://www.philosophica.info/archivo/2009/voces/etica/Etica.html>
  41. Prieto Santiago, Sainz Ana y otros: *Consentimiento informado y otros aspectos bioéticos de la información al paciente en el ámbito del laboratorio clínico*, disponible en: <http://www.aebm.org/grupos%20de%20trabajo/docu2.pdf>, consultado el 01.12.11.
  42. S.E. Mons. Riverón Cortina Salvador. *Suplemento. La persona humana: Misterio que reclama respeto*. Revista del centro de Referencia de Bioética Juan Pablo II. Volumen 5, N°. 3 septiembre – diciembre, 2004
  43. Melendo, Granados T. *La dignidad de la persona*, en Polaino - Lorente y otros. Manual de Bioética General. Ed. Rialp. Madrid, 1993
  44. Medina Janeth. *Ética y Bioética en el cuidado del paciente en áreas Críticas*. Venezuela, 2011, [consultado el 17.12.2011] disponible en <http://www.slideshare.net/JanethMedina-1>
  45. MINSA. *Norma técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado*, Lima 2004.
  46. León Francisco, Burattini Carla y Schwartzmann J. *El consentimiento informado y el profesional de enfermería:*

*estudio cualitativo en hospital público de Chile.*  
Elethera.vol.3, enero-diciembre 2009.

47. Alvis T, Moreno M y Muñoz S. *Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización.* En: El arte y la ciencia del cuidado. Unibiblos, Bogota. 2002.
48. Vielva A Julio. *Ética profesional de la enfermería*, en ética de las profesiones. CUCJ, RGM, SA.Bilbao.2002
49. Rodríguez Luño, Ángel. *Ética General*.5ª edición, EUNSA.España.2010.
50. Krederdt Araujo, SL. *Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería. Estudio etnográfico en enfermeras docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* Biblioteca Las casas, 2007.
51. Simón P. *Diez mitos en torno al consentimiento informado.* Anales Sis San Navarra [revista en la Internet], [Consultado el 2012 Ene 11]. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600004&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000600004>.
52. Torralba i R. Frances. *Antropología del cuidar* .Edit. MAPFRE, Madrid, 1998.
53. Franca, Omar. *La muerte y el morir desde una perspectiva bioética personalista.*UCU. Instituto de Bioética. Montevideo. 2005 [consultado el 17.01.2012], disponible en:  
[www.ucu.edu.uy/Ética/2Bioetica%20o%20Etica%20de%20la%2](http://www.ucu.edu.uy/Ética/2Bioetica%20o%20Etica%20de%20la%2)
54. Jorge Duarte. *El acto de cuidar Genealogía epistemológica del ser* Ed. El Uapili Lanaus Argentina.2007
55. Colegio de Enfermeras(os) del Perú. *El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería.* Consejo Directivo Nacional. 2006-2008 Lima, Perú, [consultado el 15.01.12] Disponible en:  
<http://www.cep.org.pe/beta/index.php?option=inicio&ns=RESOL.%20Y%20NORMAS&view=3&ID=7>
56. Márquez B. María Luz. *Metodología cualitativa o la puerta de entrada de la emoción en la investigación científica.* Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana.

México 2007.

57. Torralba R Francesc. *Esencia del cuidar. Siete Tesis*. ST93.Pastoral SJ. Barcelona, 2005
58. Baena, Zapata. *El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo*. 2009, [citado el 07.01.12], disponible en: [http://teisis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03\\_Contenido.pdf](http://teisis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/42/3/03_Contenido.pdf)
59. ACOFAEN. *Código de ética en Enfermería*. Santa Fe de Bogotá, 1998.
60. Ramos Córdoba. *Ética y medicina prepagada*, en Temas de ética médica. [Consultado el 29.01.12], disponible en: [www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/590/518](http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/590/518)
61. Gascón Abellán Marina. *La prueba judicial: Valoración racional y motivación*. Universidad de Castilla. La Mancha, consultado el 08.12.11, disponible en: [http://www.uclm.es/postgrado.derecho/\\_02/web/materiales/filosofia/Prueba.pdf](http://www.uclm.es/postgrado.derecho/_02/web/materiales/filosofia/Prueba.pdf)
62. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): *El consejo internacional de enfermeras (CIE) y el derecho a la información*, en: El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería. Consejo Directivo Nacional. 2006-2008 Lima, Perú. [Consultado el 16.01.12]. Disponible en: <http://www.cep.org.pe/beta/index.php?option=inicio&ns=RESOL.%20Y%20NORMAS&view=3&ID=7>
63. Cabanyes, Javier y Monge, Miguel, *La Salud Mental y su Cuidados*. 2ªed. Ed. EUNSA, España.2010.
64. Urbina Laza O y Delgado M y otros. *El Modelo de actuación de la Enfermería y su valor humanista*. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de la habana, cuba. 2003. [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17\\_3\\_03/ems02303.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_3_03/ems02303.htm)
65. Prieto de Romano Gloria Inés y Flores de Jaimes Martha *Ética Profesional* No. 17 de marzo de 2009, consultado el 13.12.11 disponible: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol1>

20109/E ditorial.htm

66. Comité de Bioética de Cataluña. *Guía sobre el consentimiento informado (versión revisada)* Octubre 2002, consultado el 10.01.12, disponible en:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esconsentiment.pdf>
67. Ley del trabajo de la Enfermera(O) N°27669, consultado el 09.09.11, disponible en:  
<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27669.pdf>



## ANEXO 1

### AUTORIZACION PARA INTERVENCION QUIRÚRGICA

CENTRO ASISTENCIAL:

POR EL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO AL CIRUJANO (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PARA QUE PRACTIQUE EN (2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE (3) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Y/O

AQUELLAS QUE PUEDAN DERIVARSE DE LA ANTERIOR Y ACEPTO LOS RIESGOS QUE DE ELLA PUEDA ORIGINARSE ASÍ COMO LOS POSIBLES SECUELAS DE LAS QUE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADA (A).

ASÍ COMO AUTORIZO LA CONVENIENTE ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA CONFORME AL CRITERIO DEL ANESTESIÓLOGO, A TRANSFUSIONES DE SANGRE O PLASMA Y A LA MEDICACIÓN QUE SE CONSIDEREN NECESARIA A JUICIO DEL MEDICO TRATANTE, A DISPONER DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO QUE SEA EXTIRPADO COMO RESULTADOS DE LA OPERACIÓN.

EN CASO DE FALLECIMIENTO SE REVISARÁ EL CORAZÓN. EN FE DE LO CUAL FIRMO EN PRESENCIA DE UN TESTIGO.

CHICLAYO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Familiar y/o Responsable  
DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Familiar y/o Responsable  
DNI N° \_\_\_\_\_

Huella Digital

1) NOMBRE DEL MEDICO

(2) MI PERSONA A LA QUE MENOR HIJO(A) DEN LA DE MI ESPOSA(A) SEGÚN EL CASO (3) NOMBRE DE LA OPERACIÓN



**ANEXO 2**  
**AUTORIZACIÓN EXAMEN ENDOSCOPIA**  
**CENTRO ASISTENCIAL**

COD. N°  
00003

**CENTRO  
ASISTENCIAL:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEG. N°: \_\_\_\_\_ REG. N°:

\_\_\_\_\_ Yo \_\_\_\_\_

En pleno uso de mis facultades, AUTORIZO la realización de.....Con.....

... Y otras Técnicas que juzguen necesarias o aconsejables en el curso del procedimiento endoscópico. Asimismo, autorizo para que se me practique y/o administren los medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables para conseguir la relajación durante y después del procedimiento.

En cumplimiento del Art. 15 inciso f) y g) de la Ley 26842 – Ley General de Salud se me ha explicado la naturaleza y los motivos del procedimiento, los métodos alternativos de tratamiento y los riesgos que conlleva, aceptando sus resultados.

Doy mi conformidad para que los tejidos y líquidos corporales que se extraigan, así como las imágenes radiológicas o fotográficas que se tomen en el curso de la exploración endoscópica descrita antes, pueden examinarse, conservarse o manejarse del modo que se crea más conveniente para el diagnóstico y el tratamiento.

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

.....  
PACIENTE

TESTIGO

D. N. I. ó L. E.

D. N. I. ó L. E. DOMICILIO:

DOMICILIO:

OBSERVACIONES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

“El paciente y el testigo deberá consignar su huella digital”





**ANEXO Nº 3  
SOLICITUD TRANSFUNCIONAL**

FECHA:

**DATOS PERSONALES**

Nombres y Apellidos Nº Historia Clínica

SEXO EDAD AÑOS GRUPO: RH:  
MASCULINO  
FEMENINO

SERVICIO SALA Nº DE CAMA:

TRANSFUSIONES PREVIAS: SI NO DESCONOCIDO

EMBARAZOS PREVIOS: ABORTOS IMCOMPATIBILIDAD  
MATERNO FETAL

**DIAGNOSTICO DE NFERMEDAD**

HB:.....g/dl Hto.....% Plaquetas  
...../mm3

**REQUERIMIENTO:**

SANGRE TOTAL PLASMA:  
UNIDADES PAQUETAS GLOBULAR: UNIDADES  
PLAQUETAS:

UNIDADES PLASMA FRESCO CONGELADO UNIDADES UNIDADES  
PEDIÁTRICAS

UNIDADES UNIDADES  
CROPRECIPITADO: OTRO (ESPECIFIQUE)  
UNIDADES

FECHA:

HORA:

MEDICO

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

**REQUISITO:**

MUY URGENTE (SIN PRUEBA CRUZADA) ( ) URGENTE ( )  
PROGRAMADA ( )

SE AUTORIZA PARA EMITIR LA UNIDAD SIN PRUEBA CRUZADA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RECEPTOR

FECHA

I. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:		
EDAD AÑOS	SEXO MASCULINO FEMENINO	N° de Historia Clínica:
SERVICIO:		N° DE CAMA

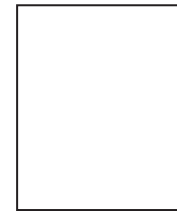
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo concedo autorización para que me transfunda a cantidad necesaria de sangre y/o hemocomponentes. Certifico que he tenido la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que se me respondieron todas las preguntas que realice y que entiendo lo qué es y cuáles son sus riesgos. También he tenido la oportunidad de negarme a ser transfundido. He revisado y entendido la información que me dieron referente al riesgo de propagación de los virus del SIDA, hepatitis y otros, a través de transfusiones de sangre, plaquetas o plasma. Entiendo que durante o después de la transfusión pueda sufrir una reacción inesperada, por ello eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o demanda que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos en lo que se refiere a esta transfusión y cualquier consecuencia como resultado directo o indirecto de ella.

FIRMA DEL RECEPTOR / PADRE / APODERADO

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE



HUELLA DIGITAL



ANEXO N° 5



"AÑO DE LA INTEGRACION NACIONAL Y RECONOCIMIENTO DE NUESTRA DIVERSIDAD"

CARTA N° 511 UCIyD.GRALA."JAV".ESSALUD.2012

NIT. 1298.2012.1888

Chiclayo, 02 de mayo de 2012

Señora Licenciada  
ASUNCION CARMEN BAZAN SANCHEZ  
Av. Miguel Grau N° 1230 – Urb Alcides Carrión  
Chiclayo.-

ASUNTO : INFORME DE REVISION PROYECTO DE INVESTIGACION  
REF. : CARTA N° 19 :CIEI.GRALA.ESSALUD. 21.04.12

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez hacer de conocimiento, con relación a la solicitud de facilidades de ingreso en las instalaciones del Hospital Base "Almanzor Aguinaga Asenjo", para desarrollo de proyecto de investigación denominado: **EXPERIENCIAS DE LA ENFERMERA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CUIDADO A PERSONAS HOSPITALIZADAS EN SERVICIOS CRITICOS-ESSALUD-CHICLAYO –PERU**

Al respecto debo manifestar, que el proyecto en mención ha sido revisado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Lambayeque, el mismo que ha sido aprobado por haberse cumplido con los parámetros éticos establecidos por la institución, "comprometiéndose la solicitante a entregar un informe del avance del estudio mensualmente y, un informe final al concluir su trabajo para obtener la correspondiente **CONSTANCIA** de ejecución del trabajo de investigación en nuestra institución.

Agradeciendo su gentil atención a la presente, me despido de usted.

Atentamente,

Lic. Rosely Karen Pacheco Heredia  
JEFE UNIDAD DE CAPACITACIÓN INVESTIGACIÓN Y DOGENCIA  
Red Asistencial Lambayeque

RPH/dgc

Adj. ( Fls.)



## ANEXO N°6



### ESCUELA LA DE POSTGRADO Entrevista Semiestructurada para Enfermeras

La presente entrevista se ha diseñado para obtener información acerca de las experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en un Hospital de alta complejidad-2010, con el objetivo de describir y analizar estas experiencias. Su participación es voluntaria y toda información que Ud. proporcione, solo será utilizada para efectos de la investigación, por lo que garantizamos la confidencialidad de sus aportes. Le agradecemos su participación que redundará en el mejoramiento del proceso del cuidado, otorgándoles seguridad a la persona cuidada y a la enfermera que brinda los cuidados.

Datos

Personales:

Seudónimo:

Tiempo de experiencia laboral.

Servicio en el que labora:

Grados y títulos:

1. ¿En su práctica profesional como brinda el cuidado enfermero cuando tiene que realizar un procedimiento?
2. ¿Qué es para Ud. el consentimiento informado?
3. ¿Considera que en su desempeño profesional realiza los procedimientos con consentimiento de las personas que cuida?
4. ¿Cómo obtienen Ud. el consentimiento de las personas que cuida, para sus intervenciones?
5. ¿Cuáles son las principales dificultades por las que Ud. dejaría o deja de dar información para obtener consentimiento antes de intervenir en la persona cuidada?
6. ¿Desea agregar algo más?

Gracias.



ANEXO N°6



ESCUELA DE POSTGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada  
a

(Colocar sus nombres y apellidos completos)

Con DNI:....., declaro, que después de haber sido completa y ampliamente informado (a) sobre la investigación Experiencias de las Enfermeras sobre el Consentimiento Informado en un Hospital de Alta complejidad-2010, que se realiza con el objetivo de describir y analizar estas experiencias y será realizada por la Lic. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez, estudiante de maestría en la Escuela de Post Grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de la ciudad de Chiclayo, y contará con el asesoramiento de la Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete, por lo cual responderé a las preguntas de la entrevista que se me realice, autorizando que estas sean grabadas por la investigadora, para lo cual se me asignará un seudónimo en resguardo de la confidencialidad de mis declaraciones, las que podrán publicarse como parte de la investigación que se realiza.

Sobre los datos que yo proporcione me asisten los derechos de acceso, rectificación y cancelación si estos no se ajustan a lo que yo he querido expresar. Asimismo, me asiste la libertad de abandonar la investigación, sin que ello signifique perjuicio alguno para mi persona. Si alguna de las preguntas me ocasionara una alteración psíquica o física podre negarme a contestarla, para ello cuento con el apoyo y aceptación de la investigadora. También se me ha informado que los resultados de la investigación ayudaran a obtener un marco jurídico legal del Consentimiento Informado, por lo cual estoy dispuesta a colaborar. Se me ha facilitado el teléfono y la dirección electrónica del investigador a las que puedo acceder para cualquier consulta o aclaración. Después de todo lo anteriormente expresado, otorgo mi consentimiento para que se me considere participe de la presente investigación, lo cual refrendo con mi firma.

Chiclayo, de del 2011

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante  
Investigador

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

DNI:

DNI: Contactos:

Fono 226320

Dirección electrónica: camuchabs@hotmail.com

Concertación de cita: Conformidad con la traducción:



## ANEXO 7

### INICIATIVA LEGISLATIVA: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Autora: Lic. Asunción Carmen Luz Bazán  
Sánchez.

#### PROYECTO DE LEY

El Colegio de Enfermeros del Perú, en uso de la facultad de iniciativa legislativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y el artículo 76°, numeral 3 del Reglamento del Congreso de la República propone el siguiente Proyecto de Ley:

#### LEY QUE REGULA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

##### I. ANTECEDENTES

El consentimiento informado (CI) se constituye en una exigencia ética y legal de los derechos del ciudadano; están reconocidos en la Ley General de Salud N° 262842 (20 de julio de 1997) artículo 27°; sin embargo, este solo delega responsabilidad en el profesional médico, desconociendo que todos los profesionales de la salud (enfermeras, cirujano dentista, obstetras, etc.) también deben estar inmersos en este compromiso, toda vez que efectúan procedimientos de responsabilidad individual, de alta complejidad y riesgo, los mismos que se realizan sin un consentimiento informado documentado, y en otras no son de conocimiento y consentimiento del paciente, vulnerando, de esta manera, el derecho legal y ético que tiene toda persona de estar informado acerca de su padecimiento, tratamiento médico quirúrgico y de diagnóstico, cuidados, terapias alternativas, riesgos y probabilidad de resultados adversos, para tomar una decisión correcta y consentir voluntariamente las intervenciones en su cuerpo.

En el Perú, el consentimiento informado se viene dando por

escrito solo en el ámbito de la profesión médica, los otros profesionales, lo hacen de manera no documentada, solo como información, o tácitamente incluida en su desempeño. La explicación y aclaración de dudas, cumplimiento de la firma del consentimiento informado antes de que la persona consienta, es realizada por los otros profesionales de la salud, cuyo rol es solo de intermediación.

## II. MARCO LEGAL

### 1. Normas Supranacionales

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos de los Pacientes. Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981, enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995.
- Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos (2005)

### 2. Constitución Política del Perú:

- Artículo 1º, que: La defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.
- Artículo 2º, que: Toda persona tiene, entre otros, derecho a su integridad moral, psíquica y física.
- Artículo 7º que: Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

### 3. Ley General de Salud:

- En el Título Preliminar establece que: La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar

individual y colectivo. Que la protección de la salud es de interés público; y, que por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Asimismo, que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley, que el derecho a la protección de la salud es irrenunciable.

- El artículo 4° dispone que “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo”.
- El artículo 5° dice que “Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas. También tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo establecido por la presente ley”.
- El artículo 15°, menciona que “Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho, entre otras, a que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste”.
- El artículo 27° dispone que “El médico tratante, así como el cirujano-dentista y la obstetriz están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos.

Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.

#### 4. Código Civil del Perú

#### 5. Otras normas:

- DECRETO SUPREMO N° 011-2011-JUS “Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos”.
- Doc. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012.MINSA

### III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. El consentimiento informado surge en el mundo, inicialmente como una forma de regular la intervención médica sobre la persona, como resultante de un largo periodo de aportes, contradicciones y puntos de vista de filósofos, científicos y religiosos. En 1972, aparece el consentimiento voluntario y posteriormente el consentimiento informado, propiamente dicho.
2. El Código de Núremberg elaborado en 1946 hace referencia al "consentimiento voluntario" del sujeto potencial de investigación, que debe ser capaz para consentir -desde un punto de vista jurídico- estar libre de presión, fraude, engaño, coacción o compulsión; y disponer de la información y comprensión suficiente de los elementos en juego (naturaleza, duración y propósito de la práctica, inconvenientes y peligros razonablemente previsibles, efectos derivados) como para permitirse "una decisión lúcida y con conocimiento de causa".
3. La expresión "consentimiento informado" (informed consent) fue utilizada por primera vez en Estado de California (USA) en 1957, con ocasión del caso Salgo. La sentencia aclara que el cuerpo médico está obligado a "obtener el consentimiento" del enfermo y, además, a "informar adecuadamente" al paciente antes de que proceda a tomar una decisión, ofreciéndole por tanto aquella información razonable (criterio de la práctica profesional), esto es, que la persona enferma contara con elementos suficientes como para arribar por sí sola a una decisión libre, y sin que se le escondieran datos que, de conocerlos, podrían hacer variar su elección (criterio de la persona razonable), en 1970, se declara en este país el uso obligatorio del consentimiento informado como reconocimiento de la autonomía de la persona, y

libertad para consentir las acciones en su cuerpo.

4. La doctrina del CI, como tal, surge a mediados del Siglo XX. El consentimiento informado se reconoce como un nuevo Derecho Humano -no ya el clásico derecho a la salud-, que debía sumarse a la lista de los ya existentes: a la vida, a la libertad, a la propiedad, y en íntima relación con otros derechos fundados en la autonomía personal: el derecho a la privacidad, el libre albedrío y a la muerte digna. De esta manera, la expresión hipocrática de las virtudes y de las obligaciones signadas por el principio de beneficencia, dieron paso a un lenguaje de derechos apoyado en el principio de autonomía.
5. Al iniciar la década del setenta, nace la Bioética, a partir de la cual se cimienta una nueva forma de entender y aplicar la ética en los aspectos relacionados con la vida y conducta humana. En esta misma década se presenta el Informe Belmont, (18 de Abril de 1979) USA; dirigida principalmente al consentimiento informado en relación a la investigación clínica, en el que se establecen los principios éticos que establecieron las bases de la otra ciencia ética: la Bioética, con relevancia de la Ética Personalista de E. Sgreccia, (1980). Atribúyasele así, al consentimiento informado, la expresión de autonomía de las personas, del libre albedrío, comprendido e informado.
6. Los cambios ideológicos del siglo XX en relación al concepto persona le han abierto la posibilidad en la toma de decisiones sobre lo que debe hacerse o no en su cuerpo, consolidándose así su autonomía esta percepción de persona en cuanto autoconciencia (como sujeto responsable de sus decisiones, dotado de autonomía en cuanto ser o naturaleza racional), que además posee y es un cuerpo -que sería la perspectiva fenomenológica de concepto de persona- estructura ontológica, dan inicio al uso del consentimiento informado con raíces éticas y jurídicas
7. El avance científico tecnológico, en la actualidad, involucra el desempeño de todos los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, cirujano dentista, obstetras, nutricionistas, de medicina física y rehabilitación,

laboratorista clínico, entre otros), en procedimientos de diagnóstico, tratamiento y cuidado, que son cada vez más complejos y de mayor riesgo; en su actuar, se asume un comportamiento ético de respeto a los derechos fundamentales de la persona a quien cuida, registrados en el Código de Ética y Deontología de cada uno de las profesiones involucradas; sin embargo, la normativa legal no es concordante con la responsabilidad individual de cada uno, está centrado solo en la figura medica, dejando expedita la acción y omisión de los otros profesionales en perjuicio propio y del usuario.

8. En el Perú, la Ley General de Salud N° 26842 del año 1997, establece muy someramente la necesidad y la importancia de ejecutar el proceso de consentimiento informado, enfocándolo más como un permiso requerido para realizar cualquier intervención médica, sin considerar a los otros profesionales de la salud, quienes también deben garantizar un esclarecimiento de nivel ético y de responsabilidad civil o penal convenido en el consentimiento informado, ellos lo realizan solo a nivel de información no documentada o como intermediario en la obtención de la firma del CI de los actos médicos, y no los propios a su profesión.
9. En julio de 2011 el DS N° 011-2011-JUS dictamina que se Aprueban Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos y le concede de acuerdo al Artículo 2°.- Carácter vinculante, refiriendo que: Los "Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos" constituyen un referente vinculante para toda investigación y aplicación científica y tecnológica en tomo a la vida humana en el país y se interpretan de modo unitario e integral, destacando primordialmente el respeto de la persona humana y su inherente dignidad; la misma que está relacionada al ejercicio de su libre albedrío traducido en la asistencia de salud, en el consentimiento informado.
10. La falta de especificidad en el Consentimiento Informado, establecido en la Ley General de Salud N° 26842 viene generando en los profesionales de la salud un significativo número de demandas que muchas veces no son concordantes con su actuar; sin embargo al no

contar con un consentimiento informado documentado, que sirva como evidencia de su correcto actuar, son susceptibles de sanciones administrativas penales y civiles

11. Los profesionales de salud vienen incluyendo en sus investigaciones causas, influencias, consecuencias, experiencias y percepciones de los profesionales (Enfermeras, Químico farmacéuticos, Laboratorista, etc.) en relación al tema, teniendo como resultado la necesidad imperiosa de un consentimiento para todos los profesionales de la salud, como lo es una de las consideraciones finales de la investigación la investigación: Experiencias de las enfermeras sobre el consentimiento informado en el cuidado a personas hospitalizadas en servicios críticos. Chiclayo, Perú-2012, cuya autora propone este proyecto de ley; refrenda asimismo por los resultados del taller: El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería. Consejo Directivo Nacional. 2006-2008 Lima, Perú, el cual tuvo como resultado la manifiesta necesidad de esta ley que regule el consentimiento informado de las enfermeras además de los otros profesionales de la salud.
  
12. Estas concepciones previas y la transformación en los conceptos de salud de antaño, han dado lugar a la emergencia de una nueva forma de entender las acciones de salud, derivadas de profundas transformaciones biotecnológicas, antropológicas, filosóficas, de las ciencias éticas y de derecho en relación a la persona y la salud. En este siglo de la información, las comunicaciones y del conocimiento; esto implica actualizar las normas relacionadas, de tal manera que los deberes y derechos alcancen a todos los profesionales de la salud que tienen que ver con el cuidado de la persona, lo cual se logrará con la normatividad de un consentimiento informado que involucre a todos los profesionales de la salud, asignándole un valor ético pero también legal, poniéndolos a la par de otros países y a la vanguardia del respeto a los derechos constitucionales, en los que encuentra su base el consentimiento informado.

#### IV. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente Ley se encuentra en concordancia con lo establecido en la Constitución Política del Perú y deja sin efecto el Artículo 27° de la Ley N° 26842, ampliando la responsabilidad del consentimiento informado de la actual legislación que versa sobre la materia, a todos los profesionales de la salud estableciéndose el marco jurídico, para incorporar su aplicación, modernizando la legislación en este tema.

Desde el la perspectiva del usuario de servicios de salud, se garantizara la atención de salud holística, humana y de calidad, en cumplimiento de los postulados establecidos en los lineamientos de política en materia de salud.

#### IV. ANÁLISIS COSTO – BENEFICIO

La implementación de la presente norma no acarreará gasto al erario nacional, por cuanto lo que se busca es normar el consentimiento informado que redunde en beneficio del derecho del usuario de salud y está relacionado al acto humano que deviene de la voluntad y la intención de las personas involucradas.

El beneficio es evidente, pues se cubrirán los vacíos existentes en la normatividad sobre el consentimiento informado y se actualizarán las normas de acuerdo a los nuevos postulados de persona y salud vigentes en el Perú y el mundo.

#### V. FORMULA LEGAL

El Congreso de la República; Ha dado la Ley siguiente.

### LEY QUE REGULA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

#### TÍTULO I. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1°.- Objeto de la Ley

1. La presente ley tiene por objeto regular el consentimiento

informado, aplicado a los pacientes, por los profesionales de la salud, así como la responsabilidad que les compete como ejecutores del mismo.

2. Los pacientes y los profesionales de la salud tendrán los derechos y obligaciones previstos en la presente Ley y demás disposiciones que sean de aplicación.

#### Artículo 2º.- Ámbito de aplicación

La presente Ley será de aplicación a todo tipo de asistencia de salud, prestadas por los profesionales de la salud, en los centros y establecimientos públicos o privados de salud, Sanidad del Ejército, Marina y Aviación; y, Sanidad de la Policía Nacional del Perú.

### TÍTULO II. DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Artículo 3º.- Definición.

1. A los efectos de la presente Ley, se entiende por consentimiento informado el prestado libre y voluntariamente por el usuario para toda actuación en el ámbito de su salud y una vez que, recibida la información adecuada y advertido de los riesgos y beneficios ha valorado las opciones propias del caso. El consentimiento será verbal, por regla general, y se prestará por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, y, en general, en la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
2. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención es un deber de todo profesional de la salud, en el área de su competencia.
3. El paciente tiene derecho a decidir libremente, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas y de cuidado disponibles. Asimismo, tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos de acuerdo a Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

#### Artículo 4º.- Prestación del consentimiento

El consentimiento deberá recabarse previo a un proceso que incluya la información y explicación que le corresponde al profesional de salud ejecutor, el entendimiento, y consentimiento voluntario que le compete a la persona asistida, y será registrada en la historia clínica, o en documento diseñado para tal fin, firmada por el paciente, o su familiar más directo, o tutor designado, en situaciones de otorgamiento del consentimiento por sustitución.

#### Artículo 6º.- Otorgamiento del consentimiento por sustitución

1. Son situaciones de otorgamiento del consentimiento por sustitución las siguientes:

- a. Cuando el paciente esté circunstancialmente incapacitado para tomar decisiones, por criterio del médico responsable de la asistencia; el derecho corresponderá a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En caso de familiares, se dará preferencia al cónyuge o, en su caso, a quien tenga la condición legal de pareja de hecho. En su defecto, a los familiares de grado más próximo y dentro del mismo grado a los que ejerzan de cuidadores o, a falta de estos, a los de mayor edad.

- b. Cuando el paciente tenga una incapacitada absoluta o relativa (referidos a los artículos 43 y 44 del Código Civil) el derecho corresponde a sus representantes legales, que habrán de acreditar de forma clara e inequívoca, su condición de tal, así como su habilitación legal para tomar decisiones que afecten a la persona incapacitada. Si clínicamente se determina que reúne suficientes condiciones de discernimiento, se le facilitará la información adecuada a su capacidad. La opinión de éste será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su capacidad.
- c. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, en este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión, si es mayor de 16 y menor de 18 años, salvo lo previsto por la ley, de conformidad al artículo 46º del Código Civil.

- d. En caso de que la decisión del representante legal sea contraria a los intereses del menor o incapacitado se pondrá en conocimiento de hechos a la autoridad competente.
2. La representación del consentimiento por sustitución será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que es preciso atender, este siempre será en favor del paciente y del respeto a su dignidad personal favoreciendo su participación responsable en la toma de decisiones con respecto a su experiencia de salud-enfermedad.

Artículo 8º.- Características de la información previa al consentimiento.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, siempre que el paciente lo permita de forma expresa o tácita.
2. La información será verdadera (verdad soportable), comprensible, adecuada a la cultura y necesidades de información del paciente, continuada, razonable y suficiente.
3. La información se facilitará con la antelación suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.
4. La información será objetiva, específica y adecuada al procedimiento, evitando los aspectos alarmistas que puedan incidir negativamente en la decisión del paciente.
5. La información deberá incluir:
  - a. Nombre y profesión de la persona(s) que realizará el procedimiento.
  - b. Identificación y descripción del procedimiento.
  - c. Objetivo del mismo.
  - d. Beneficios que se esperan alcanzar.
  - e. Alternativas razonables ha dicho procedimiento.
  - f. Consecuencias previsibles de su realización.
  - g. Consecuencias de la no realización del procedimiento.
  - h. Riesgos frecuentes.
  - i. Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento de acuerdo con el estado de la ciencia.

- j. Riesgos personalizados de acuerdo con la situación clínica del paciente.
- k. Contraindicaciones.

Artículo 9º.- Responsabilidad de información previa al consentimiento.

Los profesionales de la salud que lo atiendan durante el proceso asistencial o que le apliquen una técnica, un procedimiento o cuidado concreto garantizaran el cumplimiento de su derecho a la información.

Artículo 10º.- Contenido del consentimiento informado documentado

1. El documento de consentimiento informado, además de la información del procedimiento diagnóstico o terapéutico a que se refiere el artículo anterior, y sin perjuicio de la posibilidad de adjuntar anexos y otros datos de carácter general, habrá de contener los siguientes datos mínimos:
  - a. Identificación del Centro de Salud.
  - b. Identificación del procedimiento.
  - c. Identificación del paciente, representante legal, familiar o allegado que presta el consentimiento.
  - d. Identificación del profesional de la salud que informa.
  - e. Consentimiento del paciente o del familiar, allegado o representante legal que autoriza.
  - f. Declaración del paciente de que conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de la revocación.
  - g. Lugar y fecha.
  - h. Firma del profesional de la salud que informa, paciente, familiar, representante legal o persona a él allegada.
2. En el documento de consentimiento informado quedará constancia de que el paciente o la persona destinataria de la información comprendió adecuadamente la información y puede solicitar una copia de dicho documento.

Artículo 11º.- Excepción y límites del consentimiento informado.

1. La dimisión del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y de las exigencias terapéuticas del caso. Cuando

el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de obtener el consentimiento previo para la intervención.

2. Los profesionales de la Salud, podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas y de cuidado, indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
  - a. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley y así lo declare expresamente el Ministerio de Salud. Se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de veinticuatro horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
  - b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del paciente, como lo son la Atención Médico Quirúrgica de Emergencia, entendida como la que se presta en un establecimiento de salud a los pacientes que en forma repentina e inesperada presentan alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos y de cuidado, inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría (Reglamento de Ley N° 27604).

#### Artículo 12°.- Comisión de consentimiento informado

1. A los efectos previstos en la presente Ley, se constituirá, dependiendo de los Comité de Ética Asistencial (CEA), la Comisión de Consentimiento Informado, a la que corresponderán las siguientes funciones:
  - a. Revisión, actualización y publicación periódica de una guía de formularios de referencia recomendados de consentimiento informado.
  - b. Conocimiento de la implantación de los formularios de referencia de consentimiento informado.
  - c. Prestación del asesoramiento necesario a las unidades asistenciales en las materias relacionadas con sus funciones.
  - d. Valoración, selección y expurgación de la documentación

- clínica.
- e. Todas aquellas que le atribuyan normas de carácter legal o reglamentario.
2. La designación de los miembros del CEA es Institucional y su supervisión le compete al MINSA.
  3. La Comisión de Consentimiento Informado se reunirá al menos una vez al mes y siempre que lo convoque su presidente.
  4. La Comisión de Consentimiento Informado, por intermedio del Ministerio de Salud, implementará una línea telefónica gratuita para la atención de quejas que dieran lugar el desconocimiento de los derechos del ciudadano sobre el consentimiento informado.
  5. La Comisión de Consentimiento Informado por Intermedio del Ministerio de Salud, hará campañas publicitarias para que el ciudadano conozca los alcances y derechos que le competen en relación al Consentimiento Informado.

#### Artículo 13°.- Régimen sancionador

Sin perjuicio de las exigencias que se pudiesen derivar en los ámbitos de la responsabilidad civil y penal, o de la responsabilidad profesional o estatutaria, en su caso, será de aplicación por causal de omisión o desacato a lo dispuesto en la presente, todos aquellos contemplados en las leyes relacionadas a los derechos de la persona.

#### Artículo 14°.- Reglamentación

El Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, reglamentará la presente ley en el plazo de 90 días contados a partir de la vigencia de la ley.

#### Artículo 15°.- Disposiciones finales

1. El Ministerio de Salud determinará los órganos de supervisión y control quienes realizarán las inspecciones oportunas a efectos de garantizar y comprobar que los centros e instituciones conformantes del Sistema Nacional de Salud; y, el personal a su servicio cumplen las obligaciones establecidas en la presente Ley

2. El Ministerio de Salud procederá a agilizar los procedimientos de aprobación de los formularios de referencia de consentimiento informado para que puedan ser utilizados progresivamente en los centros asistenciales sin excepción y a nivel nacional.
3. El Ministerio de Salud dictará las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de la presente Ley.
4. Los códigos de Ética y Deontología de los colegios profesionales, se adecuarán a la presente Ley y su Reglamento.
5. Déjese sin efecto las normas que contravengan a la presente.

Lima, junio de 2012