



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA
DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL “HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: MARCIA ALEXANDRA PADILLA ZHUCUZHAÑAY
MARÍA FERNANDA GARCÍA GUEVARA
GABRIELA ELIZABETH DUCHE CORONEL**

DIRECTOR: GABRIEL TENORIO SALAZAR

ASESOR: LUIS PABLO CORDERO GULÁ

**Cuenca – Ecuador
2013**

RESUMEN

Objetivo: analizar la información entregada al paciente o a su familia, la información solicitada por el paciente y su participación en la toma de decisiones en la atención del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Método y Materiales: se realizó un estudio transversal y descriptivo en un periodo de seis meses. El estudio se realizó en todo el universo correspondiente a los beneficiarios del servicio de Clínica del “Hospital Vicente Corral Moscoso”.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario auto aplicado, posteriormente la información fue tabulada y analizada por los investigadores mediante software, Microsoft Excel 2012 y SPSS 2008 1.7.0.0.

Resultados: el 88,9% de los pacientes fue informada sobre su enfermedad, pese a que el 100 % fue sometido a procedimientos médicos, solo un 62% firmó un consentimiento informado. Al 70 % de los pacientes se les explicó en qué consistía cada uno de los procedimientos médicos y tratamientos. El 41,3 % de los pacientes refirieron que es mucha la información que recibe.

PALABRAS CLAVES: CONSENTIMIENTO INFORMADO, CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CONSENTIMIENTO INFORMADO/ÉTICA MÉDICA, AUTONOMÍA PERSONAL, TOMA DE DECISIONES, RELACIONES MÉDICO – PACIENTE, SEGURIDAD DEL PACIENTE, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

ABSTRACT

Objective: to analyze the information provided to the patient or his family, the information requested by the patient and their participation in decision-making in Hospital Vicente Corral Moscoso Clinic Service.

Method and Materials: we performed a cross-sectional and descriptive study in the period of six months. The study was conducted in the universe corresponding to beneficiaries of Clinic service in the "Hospital Vicente Corral Moscoso".

For data collection a questionnaire was applied, then the data were tabulated and analyzed by there searchers using software, Microsoft Excel 2012 and SPSS 2008 1.7.0.0

Results: the 88.9% of the patients were informed about their disease, although the100% underwent medical procedures, only 62% signed an informed consent. The 70% of the patients were explained in each consisting of medical procedures and treatments. The 41.3% of patients report that a lot of information you receive.

KEYWORDS: INFORMED CONSENT, HEALTHCARE QUALITY, VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL, EVALUATING OF HEALTH SERVICES, INFORMED CONSENT/MEDICAL ETHICS, PERSONAL AUTONOMY, DECISION MAKING, DOCTOR – PATIENT RELATIONSHIP, PATIENT SAFETY, WORLD HEALTH ORGANIZATION.



ÍNDICE

1. Resumen	2
2. Introducción	13
3. Planteamiento del problema	15
4. Justificación	18
5. Marco Teórico	19
5.1. Relación médico - paciente	19
5.2. Consentimiento informado	23
5.3. Marco legal	25
5.4. Marco ético	27
5.4.1. Códigos deontológicos de la profesión médica	27
5.4.2. Código deontológico de los profesionales de la información	28
6. Objetivos	29
6.1. General	29
6.2. Específicos	29
7. Diseño metodológico	29
7.1. Tipo de estudio	29
7.2. Variables de estudio	29
7.3. Unidades de análisis y observación	30
7.4. Definición operacional de variables	30
7.5. Área de estudio	33
7.6. Criterios de inclusión y criterios de exclusión	33
7.7. Procedimiento para la recolección de la información, instrumentos y métodos	34
7.8. Procedimientos éticos	35
8. Plan de análisis y resultados	35
9. Cronograma de actividades	36
10. Recursos	37
10.1. Recursos humanos	37
10.1.1. Director de tesis	37
10.1.2. Investigadores	37



10.1.3. Otros.....	37
10.2. Recursos materiales.....	37
11. Presupuesto.....	38
12. Resultados	39
12.1. Características Generales de la Población.	39
12.2. Información al paciente	43
12.2.1. Comunicación sobre su enfermedad.....	43
12.2.2. En lo referente a los procedimientos médicos.	46
12.2.3. Información sobre procedimientos y/o tratamientos médicos	47
12.2.4. Problemas con la Información.	49
12.2.5. Consentimiento informado y problemas con el llenado del mismo	55
12.2.6. Aspectos éticos	57
13. Conclusiones	59
14. Discusión	61
15. Recomendaciones.....	62
16. Referencia Bibliográfica.....	63
17. Anexos.....	67
17.2. Anexo 2	68
17.3. Anexo 3	69
17.4. Anexo 4	71
17.5. Anexo 5	75



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Marcia Alexandra Padilla Zhucuzhañay, autora de la tesis LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA 2013, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Medicas. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Octubre del 2013

Marcia Alexandra Padilla Zhucuzhañay

C.I. 0105168017

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Fernanda García Guevara, autora de la tesis LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA 2013, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Medicas. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Octubre del 2013



María Fernanda García Guevara

C.I. 0105599872

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gabriela Elizabeth Duche Coronel, autora de la tesis LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA 2013, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Medicas. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Octubre del 2013

Gabriela Elizabeth Duche Coronel

C.I. 0104915400

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Fernanda García Guevara, autora de la tesis LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA 2013, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Octubre del 2013



María Fernanda García Guevara

C.I. 0105599872

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Marcia Alexandra Padilla Zhucuzhañay, autora de la tesis LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA 2013, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Octubre del 2013

Marcia Alexandra Padilla Zhucuzhañay

C.I. 0105168017

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Gabriela Elizabeth Duche Coronel, autora de la tesis LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", CUENCA 2013, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Octubre del 2013

Gabriela Elizabeth Duche Coronel

C.I. 0104915400

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

DEDICATORIA

A Dios por habernos entregado la bella oportunidad de la vida, las energías y la fortaleza para continuar día a día, y sobre todo por su amor incondicional; que nos ha permitido llegar hasta este punto y estar con nosotras en cada paso que damos, por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros padres y hermanos por su apoyo, por sus consejos, sus valores y por la motivación constante.

A nuestros profesores aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis. Y de manera especial al Dr. Gabriel Tenorio y al Dr. Pablo Cordero por su gran apoyo ofrecido en este trabajo.

A todos nuestros amigos, por compartir los buenos y malos momentos. A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

Gabriela, Alexandra y Fernanda.

1. Introducción

La sociedad actual está experimentando múltiples y constantes cambios, de índole económica, ética, educativa. En el ámbito sanitario, esto ha generado la aparición de un nuevo tipo de paciente, mejor informado y que desea participar más activamente en la toma de decisiones que atañen a su salud o la de sus familiares.

Hasta hace poco tiempo, los códigos éticos médicos han sido expresión de una ideología beneficentista y paternalista y siendo aceptados por la sociedad. En este contexto, al paciente se le ha ocultado de forma casi rutinaria la verdad y recibía solo la información que le parecía al médico. El enfermo pocas veces participaba en la toma de decisiones, pero esto no ha impedido que la relación funcionara bien e incluso se ha defendido la moralidad de hacer las cosas así. El papel del paciente se ha ido transformando desde una actitud expectante ante el paternalismo de su médico, hasta la situación actual en la cual el paciente se ha convertido en un sujeto más activo en la relación médico-paciente, asumiendo un mayor protagonismo en el control del proceso. En este cambio han influido en gran medida la evolución de los sistemas de información y la tecnología, que permiten que los pacientes dispongan de una información actualizada y mayor sobre los procesos que les conciernen.

El “nuevo paciente” quiere participar en la toma de decisión es que incumben a su salud, tanto en aspectos del proceso diagnóstico: la solicitud de pruebas complementarias, como en el proceso terapéutico.

Debido a esto, el médico se está viendo empujado a cambiar su forma de actuar y a adoptar una actitud menos paternalista, pasando a un modelo de ejercicio profesional más participativo, basado más en la deliberación con el paciente. La comunicación se convierte así en una pieza clave en la relación médico-paciente, primer eslabón en la cadena de la información y requisito



previo para la autonomía del paciente, pues sólo si éste está bien informado puede participar adecuadamente en la toma de decisiones.

2. Planteamiento del problema

En nuestra civilización, en el ejercicio médico y el papel del paciente se ha ido transformando, hasta la situación actual en la cual el paciente se ha convertido en un sujeto activo en la relación médico-paciente, asumiendo un mayor protagonismo.

El 3 de febrero del 1995, el Congreso Nacional Del Ecuador y el Plenario de las Comisiones Legislativas decreta la: “Ley de Derechos y Amparo del Paciente”; considerando el literal c) indica ^[2]: “Los pacientes tienen derecho a conocer en los centro de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad”;

El Art. 5. expresa lo siguiente: “DERECHO A LA INFORMACIÓN; se reconoce el derecho del paciente a que en la diferentes períodos de atención al paciente, “reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto”...; tratamientos existentes...”^[1, 2, 3].

Al mismo tiempo Art. 6. DERECHO A DECIDIR, revela y reconoce que: “Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico...” ^[2, 3].

En Toledo - 2008, una investigación que valora la información al paciente y su capacidad de decisión, indica los siguientes resultados: en el 100% de los casos el médico proporcionó alguna información; la más frecuente sobre tratamiento (83,4%) y diagnóstico (80,1%); al menos sobre pronóstico (23,8%) y complicaciones(25,2%); el 25,2% de los pacientes no solicitó ninguna información. De éstos, el 17,6% consideró posteriormente como insuficiente la información recibida. Sólo el 27,2% fue invitado por el médico

a participaren la toma de decisiones y sólo un 23,8% solicitó directamente algún tratamiento o derivación al hospital. ^[4, 5].

Un estudio en Chile 2009, revela los siguientes resultados: el 12% indica que es muy poca la información que provee el médico, el 33% indica que no haber firmado el consentimiento informado, De las que firmaron, algunos tuvieron problemas con la aplicación y señalaron que: *"No lo leí", "no sabía lo que era el examen"*^[6].

Otra investigación en España - 2009, revela lo siguiente: La información proporcionada al paciente estuvo relacionada con el tratamiento (88,3%). El 36,2% de pacientes no solicitó información. La información proporcionada por el médico al paciente no lo hace de manera espontánea (35,3%) y de la causa del cuadro (29,7%). El 94,0% consideró suficiente la información recibida; no obstante, el 22,7% manifestó haber salido de la consulta con ganas de preguntar algo y el 18,6% dijo comprender «parcialmente» la explicación. Un 69,4% de los pacientes no participó en la toma de decisiones sobre el tratamiento ^[7].

Probablemente, la falta de personal médico y de recurso intervenga, en este problema, pues la calificación de los niveles óptimos en cuanto al servicio prestado no se haya basado en calidad de atención, si no más en la cantidad, disminuyendo el tiempo y calidad de atención, y conjeturando la presencia de problemas éticos en la salud ^[8]. De la misma forma, los pacientes asumen como bueno el paternalismo médico, sin preguntas, ni oponerse ante esta situación.

Valorando esta información surgen algunas preguntas: ¿Por qué los pacientes no se interesan en su estado de salud? ¿Será que saben sobre estas leyes? ¿Los médicos informan adecuadamente a sus pacientes? ¿Hemos hecho algo por promover que los pacientes se interesen en informarse adecuadamente sobre su estado de salud?, e inclusive ¿Por qué



hemos dejado que continúe el modelo paternalista en la relación médico-paciente? ¿Hemos intervenido adecuadamente para que un paciente esté en condición de decidir sobre su salud?

Ante estas interrogantes, contar la verdad al paciente para que participe con el médico en la toma de decisiones que le afectan, resulta beneficioso, pues se involucran activamente en su salud; cumpliéndose con las leyes estipuladas en los códigos y previniendo muchos problemas, que en la actualidad se relacionan con la mala práctica médica.

3. Justificación

En vista de lo antes expuesto, en el presente trabajo tratamos de desarrollar un estudio en el cual se aborde la información que se proporciona al paciente y su participación en la toma de decisiones en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”; tomando en cuenta los factores que intervienen sobre la misma debido, a que nos hemos visto obligados a reaccionar frente a los cambios importantes que han sucedido en las relaciones médico-paciente y en la asistencia sanitaria la misma que se mide hoy en día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. Los pacientes han pasado a ser considerados como coproductores de los cuidados de salud y, como tales, han adoptado un rol diferente, considerándose ahora necesario contar con su opinión y promover en ellos decisiones responsables sobre su salud. La opinión del paciente, como consecuencia de todos estos cambios, ha pasado a ser vista como un resultado de la asistencia sanitaria que merece la pena escuchar para incrementar la calidad de la prestación sanitaria y para mejorar los tratamientos que se aplican.

A su vez, con el presente estudio se procederá de diseminar resultados y conclusiones, que ayudarán y permitirán mejorar el servicio de información al paciente de tal manera que se logrará mejorar la relación médico - paciente y enriquecernos como personas y médicos.

4. Marco Teórico

La información al paciente y la participación en la toma de decisiones

El acto médico tiene especial importancia si lo vemos desde una visión humanística y ética, en donde la relación espacio-temporal que se da entre dos seres humanos juega un rol importante. Ha sido denominada como relación médico-paciente, que venía siendo practicada tradicionalmente vertical y asimétricamente, en donde el médico ejercía un papel activo, autoritario y el paciente un papel pasivo y de obediencia. Un punto de conflictos era el hecho de no considerar parte de ésta relación al resto del personal que brindaba atención a la salud de los individuos, cuya relación con el paciente era tan intersubjetiva y humana como la del primero. Además interviene un grupo heterogéneo de personas que de manera directa o indirecta, influyen y están presentes en la relación y que está conformada por los familiares, amigos, conocidos y representantes legales. Esto involucra a la necesidad de designar al término relación médico-paciente de una forma mucho más general, involucrando a todas las personas que participan. Se podría hablar entonces de una relación de equipo médico-usuario ó relación clínica –usuaria ^[9, 10].

4.1. Relación médico - paciente

Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud ^[8], ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina ^[10]. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por conjugar la parte científica con lo espiritual. A diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna ^[7]. También es conocida como la interacción que se produce entre una persona que se percibe enferma y que acude a un médico o servicio sanitario en procura de alivio o mejoría ^[9, 10].

Más allá de los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, básicos para la práctica médica e imprescindibles en la formación del médico y demás profesionales de la salud, el diálogo se ha constituido desde la antigüedad en la base de la entrevista clínica, la guía para la exploración del paciente y en el medio terapéutico fundamental ^[10].

La relación médico-paciente es un aparte integral principal de la ética médica en general y de la deontología en particular ^[11]. Ello explica porque el carácter específico del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo más íntimo. El paciente no es solo un objeto de influencia profesional, sino también, y en primer lugar, un sujeto racional, es su personalidad. Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que ocurren en su organismo ^[9, 10].

Tomando en cuenta, la definición de Salud según la OMS: “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social”, entonces es fácil comprender que muy a menudo el hombre acude al médico no solo para recibir la asistencia médica, sino simplemente para hablar de él, de su vida o pedirle consejos ^[9].

4.1.1 Modelos de Relación Médico-Paciente

En la práctica esta relación clínica entre el médico y el paciente se ha dado en diferentes formas, dependiendo de la actitud que toman ambos actores en el proceso de interacción que se genere entre ellos ^[9].

- **Modelo Paternalista:** es el modelo más antiguo de todos, que surgió casi espontáneamente con el ejercicio de la medicina, debido a la asimetría del conocimiento entre el médico y el paciente. El médico se transforma en el padre solícito, que quiere lo mejor para su hijo,

inspirado en buscar el bien para el paciente. De forma recíproca, el paciente acata de forma sumisa las decisiones del médico.

Es una forma de relación, en la que el médico asume unilateralmente la responsabilidad de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, al imponer su criterio mediante la persuasión, en tanto que el paciente recibe una información muy limitada y acepta sin objeción la opinión del médico ^[9].

- **Modelo Contractual:** este tipo de relación se va haciendo cada vez más frecuente, especialmente con las subespecializaciones en medicina. Dicho así, el médico tiene en especial cuidado en respetar la autonomía de la persona, de tal forma que el paciente toma la decisión de las acciones que va a decidir.

En este esquema el médico, mediante sus conocimientos y destrezas clínicas, de las que deriva su opinión diagnóstica y terapéutica, se limita a entregar al paciente toda la información acerca de su enfermedad y las alternativas terapéuticas que le parecen más adecuadas ^[9].

El consentimiento bajo información, como teoría basada en el principio de autonomía, consiste en un proceso dinámico y cooperativo en el cual el médico y un paciente capaz, intercambian información suficiente y comprensible acerca de las decisiones terapéuticas a tomar, las cuales finalmente quedan principalmente en manos del paciente ^[7,8, 9].

Este modelo se desliga de asumir un mayor compromiso con lo que significa la realidad humana del paciente, se despoja de su papel de agente moral, reduciendo el acto médico a una fría relación técnica de información ^[7, 9].

- **Modelo de la Relación Médico – Paciente basado en la confianza recíproca:** en esta relación la confianza mutua es primordial, de ésta deriva el diálogo en el que comparten opiniones con respeto y

veracidad mutuas, cuyo propósito final es la búsqueda de las mejores alternativas para lograr la salud del paciente ^[8].

Para que en esta situación el paciente debe confiar en los conocimientos y habilidades del médico y personal sanitario, lo que se consigue con la cabal información de la enfermedad y todo lo relacionado con ella. Es importante que el médico se gane su confianza, acogiendo con calidez los temores e incertidumbres del paciente, guardando la confidencialidad debida y teniendo una actitud abierta y comprensiva para considerar sus opiniones ^[9].

El profesional ejerce una actitud que se fundamenta en la ética de la virtud, pues se busca el bien del paciente. Para llegar a adquirir estas cualidades y virtudes, es necesario que el médico las conozca, las desarrolle y las perfeccione a lo largo de su vida profesional, tal como ocurre con toda la destreza o conocimiento necesario para ejercer una buena medicina. El respeto a la autonomía, a la no maleficencia, a la beneficencia y a la justicia, constituye el centro de la relación sanitario-usuario ^[9].

5.2.2. Relación con los familiares del paciente

Se podría decir que existen ciertas diferencias en la relación con los familiares del paciente, dependiendo si se trata de un adolescente o un paciente adulto ^[9].

En los adolescentes, la relación tiene algunas características especiales, aquí es muy importante asegurar al paciente la confidencialidad de la enfermedad y ayudarlo a exteriorizar sus aprehensiones e interrogantes. Se debe hacer partícipe de su enfermedad y se debe estimular que asuma una progresiva autonomía en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. Es importante tratar de armonizar la participación de la familia en los

problemas de salud del adolescente ^[7, 9]. No así, en un adulto mayor con alteración del estado de conciencia, no es posible establecer una comunicación, por lo que es el familiar es quien hace de interlocutor con el médico. En el caso de los adultos, la relación que se pueda establecer con los familiares puede ser muy importante. Estos pueden establecer una información complementaria que en ocasiones resulta útil para el diagnóstico. Desde el punto de vista ético, es necesario que la entrevista a los familiares del paciente se realice en presencia del paciente; de este modo evita que el enfermo se intranquilece por la posibilidad de que éstos suministren información errónea que perjudique su tratamiento, entre otras ^[8, 9, 10].

Finalmente podemos decir que una buena relación médico – paciente permite diligencias adecuadas, además de la firma del consentimiento informado. Aludimos a que la relación médico - paciente basada en la confianza recíproca, sería ideal, ya que el actor principal termina siendo el paciente y el médico involucrados.

4.2. Consentimiento informado

Es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos ^[1, 6, 9, 10].

Es el exponente máximo del derecho a la autonomía, derecho subjetivo y uno de los cuatro principios en los que se fundamenta la ética de la asistencia sanitaria o bioética ^[11, 16]. El consentimiento informado implica tanto valores sociales como individuales ^[13, 18] y puede definirse como «la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados ^[13], con el fin de solicitarle su aprobación para

ser sometido a esos procedimientos» (Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos de 1984, modificado por P. Simón ^[18]).

Se trata del procedimiento que garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos del estudio, beneficios, incomodidades y riesgos previstos, alternativas posibles, derechos y responsabilidades ^[18].

El consentimiento informado es el procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía y debe reunir, al menos tres elementos: voluntariedad, información y comprensión.

- **Voluntariedad.** Los sujetos deben poder decidir libremente si quieren o no participar a un procedimiento médico. Ello implica que no exista ningún tipo de presión externa ni influencia indebida en ninguno de sus grados, persuasión, manipulación, o coerción ^[11, 16, 18].

La persuasión se ejerce cuando mediante procedimientos racionales se induce a "aceptar libremente" actitudes, valores, intenciones o acciones defendidas por el persuasor. Es muy difícil de evitar en la práctica, en la relación médico-enfermo ^[19]. *La manipulación* constituye un grado más de presión externa que la persuasión. Consiste en la influencia de forma intencionada y efectiva de una persona sobre otra, alterando las opciones reales o su percepción de elección ^[15, 18].

La coerción ^[19] tiene lugar cuando de forma intencionada, se exageran ciertos riesgos o daños indeseables y evitables con el fin de obtener el consentimiento del sujeto.

4.3. Marco legal

El marco normativo constituye la base a partir de la cual se ha legislado sobre el tema. Las leyes relativas a los derechos de los pacientes recogen de manera mayoritaria los principios relacionados con la dignidad humana. Por ejemplo, las leyes catalana y española dan una relación detallada de las normas fundamentales en las que se basan: *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, *Declaración Para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa* (Organización Mundial de la Salud) y la Declaración de Ginebra^[19, 21].

De todos los temas que tratan estas leyes destacamos, obviamente, los relacionados con nuestro objeto de estudio: el derecho a la información y el establecimiento del titular de este derecho.

El derecho a la información implica no solamente proporcionar toda la información sino hacerlo de la manera más adecuada a las características del paciente:

El 3 de febrero de 1995, el CONGRESO NACIONAL Y EL PLENARIO DE LA COMISIONES LEGISLATIVAS, decretan la LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE, considerando:

“QUE, los pacientes tienen derecho a conocer en los centro de salud, la naturaleza de sus dolencias, el diagnóstico médico y las alternativas de tratamiento, respetando su privacidad y dignidad^[2].”

En el capítulo II “DERECHOS AL PACIENTE” de esta ley, considerando los siguientes artículos en torno al derecho de la información al paciente y la capacidad de decidir:

“Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba

del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia ^[2].”

“El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento ^[2].”

“Art. 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión ^[2].”

Así mismo, esta ley hace referencia a un manual de buenas prácticas sobre cómo debe darse esta información; se trata de una novedad respecto al resto de leyes ya que éstas sólo expresan esta voluntad pero en ningún caso proporcionan unos instrumentos concretos.

El 22 de Diciembre del 2006; el Congreso Nacional del Ecuador, declaran la LEY ORGANICA DE SALUD; en el Capítulo III, como parte de los derechos y deberes en relación con su salud, el Art. 7.- indica: “Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos” ^[3]:

e) “Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna ^[3].”

h) “Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública” [3].

El establecimiento del titular del derecho a la información hace referencia a la edad y al grado de dependencia de los pacientes. Existe un consenso generalizado en el hecho de fijar la necesidad de un tutor para los menores y para los adultos incapacitados pero, y a pesar de ello, se recomienda que sean informados los pacientes y, en la medida que sea posible, intervengan en las decisiones que deban tomarse.

Para un mejor ejercicio del derecho a la información sobre temas relacionados con la salud, los ciudadanos deben poder acceder a una buena educación sobre la misma [4].

4.4. Marco ético

4.4.1. Códigos deontológicos de la profesión médica

La base de estos códigos es el Juramento Hipocrático en el cual se aconseja al médico actuar siempre en beneficio del paciente. El derecho a la información puede ser entendido como la actualización de un aspecto parcial de esta recomendación [10, 17].

La exigencia ciudadana de recibir información sobre la propia enfermedad nace a partir de las reclamaciones de los colectivos de enfermos de SIDA; posteriormente se ha convertido en una demanda extendida a todas las capas de la sociedad [11]. Los códigos deontológicos médicos son los primeros en reconocer que esta demanda de información es un derecho que puede ser ejercido; este reconocimiento es refrendado más tarde por los parlamentos de los distintos países [11, 23]. Posteriormente, son los códigos

deontológicos los que se actualizan para hacer referencia a la ley. Esta secuencia código-ley-código no se da en el caso de los códigos ^[16, 19].

Todos los códigos analizados dedican, por su importancia, un apartado a las relaciones entre el médico y el paciente; en dicho apartado se incluye el derecho a la información del paciente. Esta distinción no es arbitraria por nuestra parte sino que son los propios códigos los que consideran estas cuestiones separadamente dándole a cada una de ellas un tratamiento específico.

El derecho a la información es contemplado en todos los códigos de manera muy semejante. A continuación presentamos aspectos significativos de algunos de ellos como son la concepción del paciente como ciudadano, la referencia al ordenamiento jurídico de cada país, la descripción de cómo deben desarrollarse las relaciones entre médico y paciente, la información en el caso de menores y personas dependientes y la reivindicación de los médicos como únicos responsables de informar a los pacientes ^[21, 23].

4.4.2. Código deontológico de los profesionales de la información

A diferencia de los códigos deontológicos de médicos que parecen obtener su autoridad e inspiración más allá de la ley (vieja reminiscencia del juramento hipocrático que se inscribe en el orden religioso "Juro por Apolo, médico, por Asclepio, y por Higía y Panacea, y por todos los dioses y diosas del Olimpo...") ^[4, 11], los códigos de bibliotecarios están sometidos a ella.

Los códigos bibliotecarios no presentan una estructura uniforme. Sin embargo, es constante la presencia de epígrafes o artículos dedicados a los servicios a los usuarios y al acceso a la información y/o documentos. Siempre se recoge, en cambio, la obligación de garantizar el acceso a la información al conjunto de la ciudadanía ya que se trata de un derecho fundamental.

5. Objetivos

5.1. General

- Investigar la información facilitada al paciente o a su familia por parte del médico, la información solicitada por el paciente y la participación de éste en la toma de decisiones en la atención en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

5.2. Específicos

- Identificar las características de la población informada, como de la no informada por los médicos.
- Establecer el porcentaje de pacientes que son informados sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que conlleven las mismas.
- Comparar los porcentajes de pacientes informados y no informados sobre los procedimientos médicos.

6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de estudio

Se realizó de un estudio de tipo transversal y descriptivo.

6.2. Variables de estudio

Las variables de estudio fueron las siguientes:

- Información médica sobre su estado de salud
- Edad
- Sexo

- Procedencia / Residencia
- Nivel de Escolaridad

6.3. Unidades de análisis y observación

Los pacientes del Servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso fueron las unidades de análisis y observación, aquellos quienes estuvieron hospitalizados entre febrero y junio del 2013.

6.4. Definición operacional de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES DE LAS VARIABLES	INDICADORES	ESCALA
Información médica	Grupo de datos sobre los temas médicos relacionados con el cuerpo de la mujer, sus cambios, estados, trastornos y patologías. En el caso de las patologías: definición y causas, los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.	Social	Sí No	✓ Sí ✓ No



Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Tiempo	Años cumplidos	✓ Escala Numérica 16 – 26 años de edad 27 – 36 años de edad 37 – 46 años de edad 47 – 56 años de edad 57 – 66 años de edad ≥ 67 –años de edad
Sexo	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre	Biológica	Hombres, Mujeres	✓ Mujer ✓ Hombre
Procedencia	Lugar de nacimiento (origen) de una persona.	Geografía Política	Provincia	✓ Azuay ✓ Bolívar ✓ Cañar ✓ Carchi ✓ Chimborazo ✓ Cotopaxi ✓ El Oro ✓ Esmeraldas ✓ Galápagos ✓ Guayas ✓ Imbabura ✓ Loja ✓ Los Ríos ✓ Manabí



				<ul style="list-style-type: none">✓ Morona Santiago✓ Napo✓ Orellana✓ Pastaza✓ Pichicha✓ Santa Elena✓ Santo Domingo de los Tsáchilas✓ Sucumbíos✓ Tungurahua✓ Zamora Chinchipe
Residencia	Barrio o área donde una persona habita o se ha establecido para vivir.	Social	Rural Urbana	<ul style="list-style-type: none">✓ Rural✓ Urbana
Escolaridad	Máximo año de escolaridad alcanzado	Social Instrucción Escolaridad	Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none">✓ Analfabeto✓ Primaria completa/incompleta✓ Secundaria✓ Superior✓ Postgrados✓ Otros
Tratamiento	Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad	Social	Sí No	<ul style="list-style-type: none">✓ Sí✓ No

Complicaciones	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Social	Sí No	✓ Sí ✓ No
Beneficios	Utilidad o ventaja	Social	Sí No	✓ Sí ✓ No

6.5. Área de estudio

El Área de estudio fue el servicio de clínica del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” el servicio de Clínica. Se realizó el estudio con todo el universo presente en dicho servicio.

El Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso” está ubicado en la Avenida 12 de Abril y Paraíso, en la Ciudad de Cuenca – Ecuador. Teléfono: 4096597 (Ver mapa adjunto en página. Anexo 1)

6.6. Criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Se consideró los siguientes puntos como criterios de inclusión y exclusión:

Estudio	Se Incluyen:	Se excluyen:
Información al paciente y su participación en la toma de decisiones en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.	- Pacientes hospitalizados del servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, quienes acepten participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.	- Pacientes que no presenten los criterios de inclusión.

6.7. Procedimiento para la recolección de la información, instrumentos y métodos

Se siguió el siguiente procedimiento:

1. Entrega del oficio al director/a del Hospital Vicente Corral Moscoso (ver anexo 2).
2. Autorización por parte del Director del hospital Vicente Corral Moscoso.
3. Entrega del consentimiento informado a cada paciente hospitalizado en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, subsecuentemente firma y recolección de los mismos.
4. Se especificó a los participantes: que la información será mantenida confidencialmente.
5. Entrega del cuestionario (ver anexo 4), con el mismo recolectaremos la información especialmente en las mañanas, de 10H00 a 12H00
6. Llenado del cuestionario por parte de cada uno de los participantes, al mismo tiempo se vigiló el llenado completo del mismo, con el fin de controlar los factores que amenazan la validez y la confiabilidad de los resultados.
7. Recolección de cada uno de los formularios llenados.
8. Tabulación de la información obtenida en los cuestionarios, para la elaboración de la base de datos.
9. Cada una de las actividades antes descritas, fueron realizadas por los investigadores, bajo el monitoreo del coordinador de tesis.

6.8. Procedimientos éticos

Para cumplir los aspectos éticos se siguió el siguiente procedimiento:

- a) Revisión del protocolo del estudio por parte del coordinador de tesis.
- b) Supervisión del documento por parte del comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas.
- c) Entregamos a cada uno de los pacientes a través del consentimiento informado una explicación detallada de la finalidad del estudio, así como beneficios, posibles riesgos, y/o cualquier duda que brote por parte de la población en estudio, (ver anexo 3)
- d) Se especificó que la información proporcionada, será mantenida confidencialmente, y no representará riesgo para el paciente o su familia.

7. Plan de análisis y resultados

Una vez obtenida, revisada y corregida la información se procedió a:

- a) Tabulación de los datos, para crear la base de datos.
- b) Elaboración de los respectivos cuadros y gráficos estadísticos.
- c) Los datos recopilados fueron analizados mediante el programa Microsoft Excel 2010 y SPSS 2008 17.0.0.0
- d) Se categorizó: los factores de riesgo, desde el más preponderante hacia el menor.
- e) Interpretación de cada uno de los resultados obtenidos.
- f) Comunicación de resultados y conclusiones.

8. Cronograma de actividades

Las actividades se realizaron de acuerdo al siguiente cuadro expuesto:

CRONOGRAMA DE TRABAJO									
ETAPAS	MES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	RESPONSABLES
PLAN DE TRABAJO		X							Investigadores- Director de tesis
PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DEL PROTOCOLO		X	X						CATI
RECOLECCIÓN DE DATOS				X	X	X			Investigadores
REGISTRO DE DATOS				X	X	X			Investigadores
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS						X	X		Investigadores- Director de tesis-Asesor.
ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN							X		Investigadores
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES								X	Investigadores- Director de tesis
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL								X	Investigadores- Director de tesis

9. Recursos

9.1. Recursos humanos

9.1.1. Director de tesis

- Dr. Gabriel Tenorio Salazar

9.1.2. Investigadores

- Marcia Alexandra Padilla Zhucuzhañay
- María Fernanda García Guevara
- Gabriela Elizabeth Duche Coronel

9.1.3. Otros

- Director/a del Hospital “Vicente Corral Moscoso”:

9.2. Recursos materiales

Los instrumentos que utilizamos son los siguientes:

INSTRUMENTOS
Esferográficos
Carpetas
Hojas
Cuestionarios
CD's
Computador
Cámara Fotográfica
Grapadora
Archivadores
Lápices
Consentimiento informado

**10. Presupuesto**

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
TRANSPORTE			
Transporte Local	60	0.25	15.00
MATERIAL Y EQUIPO			
Consumo Internet	30	0.80 por hora	24.00
Gastos en materiales de oficina (esferograficos, lápices, grapadoras, archivadores, etc)	20	---	80.00
Gastos de fotocopia	1000	0.02 por copia	20.00
Gastos teléfono	40	0.20 por llamada	8.00
Impresión de los instrumentos	20	0.30 c/uno	6.00
Reproducción del Informe Final	3	30.00 c/uno	90.00
	3	3.00 c/uno	9.00
Impresión de Protocolo y reproducciones.	50	1.50 c/uno	75.00
Almuerzos			
IMPREVISTOS			100.00
TOTAL		---	\$447.00

11. Resultados

11.1. Características Generales de la Población.

Tabla N°1

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según características generales, Cuenca, 2013.

SEXO	n=218	100 =%
Femenino	125	55,5
Masculino	93	44,5
ETNIA	n=218	100 =%
Mestiza	189	86,7
Indígena	17	7,8
Shuar	12	5,5
NIVEL DE ESCOLARIDAD	n=218	100 =%
Analfabeto	39	17,9
Primaria	115	52,8
Secundaria	38	17,4
Superior	23	10,6
Masterados/Especializaciones	3	1,4
PROCEDENCIA	n=218	100 =%
Azuay	133	61,01
Cañar	23	10,55
Tungurahua	1	0,46
El Oro	25	11,47
Morona Santiago	25	11,47
Loja	4	1,83
Guayas	6	2,75
Quito	1	0,46
RESIDENCIA	n=218	100 =%
Azuay	152	69,72
Cañar	16	7,34
El Oro	15	6,88
Morona Santiago	27	12,39
Loja	2	0,95
Guayas	6	2,75
SECTOR	n=218	100 =%
Urbana	113	51,8
Rural	104	48,2

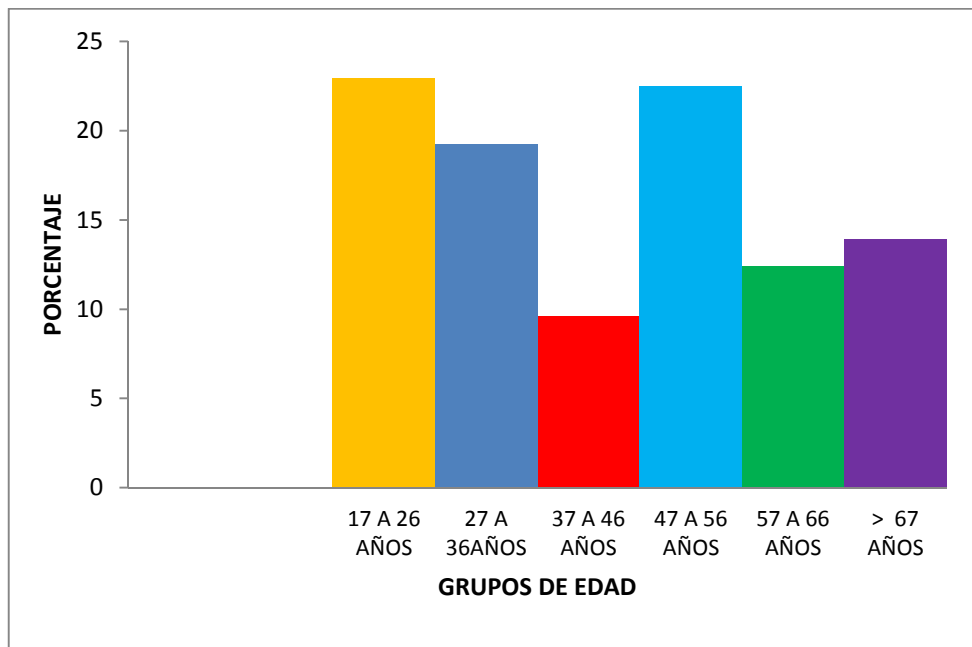
Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

En el presente trabajo el grupo de estudio estuvo conformado por un 55.5 % de mujeres y un 44.5 % de hombres, por lo que podemos decir que la población de estudio es homogénea. La mayor parte de la población estudiada se caracterizó por ser de etnia mestiza con un 86,7 %, siendo superior a las diferentes etnias. Se aprecia también, que la mayor parte de pacientes tienen instrucción primaria con un 52.8%, frente a un 1.4% de pacientes con instrucción de cuarto nivel, pudiendo influir al momento de captar la información. Al realizar nuestro estudio en la provincia del Azuay, la mayoría de la población procede y reside en dicha provincia; sin embargo el Hospital Vicente Corral Moscoso da acogida a pacientes de todo el Ecuador sobre todo Morona Santiago y la Provincia del Oro y Cañar. Podemos observar que existe casi una igualdad en relación con el sector de residencia, siendo para la urbana un 51,8 % y un 48, 2 para la rural.

Grafico N°1

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según Grupos de Edad, 2013.



Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

En la gráfica podemos observar que existe el mayor grupo de pacientes comprendidos entre los grupos de 17 a 26 años y de 47 a 56 años (22,48 % y 22,93 % respectivamente).

Tabla N°2

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según Grupo de Edad y Sexo, 2013.

GRUPOS DE EDAD	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	F	%	F	%	
17 A 26 AÑOS	19	8.71	31	14.22	50
27 A 36AÑOS	19	8.71	23	10.55	42
37 A 46 AÑOS	10	4.58	11	5.04	21
47 A 56 AÑOS	20	9.18	29	13.30	49
57 A 66 AÑOS	7	3.21	20	9.18	27
≥67 AÑOS	18	8.25	11	5.04	29
TOTAL	93	42.64	125	57.33	218

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

En nuestro grupo de estudio se encuentra en el rango de 17 a 26 años, donde hay más mujeres, 14.22 %, y cuando nos referimos a los adultos en edades comprendidas de 47 a 56 años, las mujeres tienen un porcentaje mayor, 13,30 %, siendo mayor que el de los hombres.

11.2. Información al paciente

11.2.1. Comunicación sobre su enfermedad

Tabla N°3

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si le comunicaron sobre su enfermedad, 2013.

COMUNICARON SOBRE SU ENFERMEDAD	F	%
SÍ	194	88,9
NO	24	11,1
TOTAL	218	100

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

En la siguiente grafica nos podemos dar cuenta que la mayoría de los pacientes encuestados (88,9 %) recibieron información sobre su enfermedad o las de sus familiares por parte del personal médico.

Tabla N°4

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si le comunicaron sobre su enfermedad y grupos de edad, 2013.

GRUPO DE EDAD	COMUNICARON SOBRE SU ENFERMEDAD				TOTAL
	SÍ		NO		
	F	%	F	%	
17 A 26 AÑOS	42	19,26	8	3,67	50
27 A 36AÑOS	42	19,26	0	0,00	42
37 A 46 AÑOS	21	9,63	0	0,00	21
47 A 56 AÑOS	46	21,10	3	1,38	49
57 A 66 AÑOS	21	9,63	6	2,75	27
≥67 AÑOS	22	10,09	7	3,21	29
TOTAL	194	88,98	24	11,01	218

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

El tabla nos indica que existe el grupo de edad que más fue informada con el 21.10 % es de 47 a 56 años de edad.

Tabla N°5

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si le comunicaron sobre su enfermedad y sexo, 2013.

COMUNICARON SOBRE SU ENFERMEDAD	SEXO				TOTAL
	MASCULINO		FEMENINO		
	F	%	F	%	
SÍ	86	39,44	10	49,54	194
NO	7	3,21	17	7,79	24
TOTAL	93	42,65	125	57,33	218

Fuente: Base de Datos.

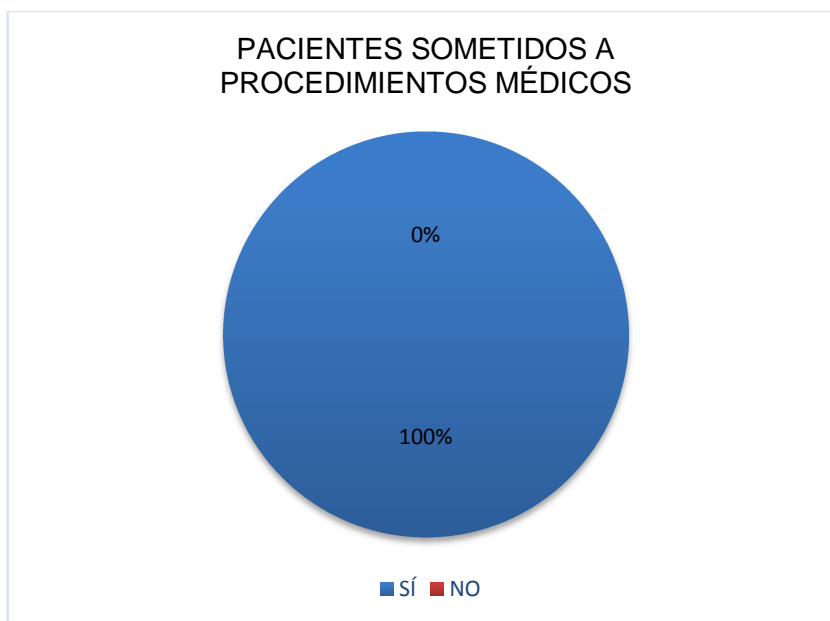
Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Podemos observar que la 49,54 % de la mujeres en total del grupo recibieron información por parte del personal médico sobre su estado de salud y/o enfermedad, así como el 39,44 % de la población masculina fue informada.

11.2.2. En lo referente a los procedimientos médicos.

Grafico N°2

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según Grupos de Edad, 2013.



Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Podemos observar en la gráfica que todos los pacientes de nuestro estudio han sido sometidos a procedimientos (radiografías, tomografías, etc.) y tratamientos médicos.

11.2.3. Información sobre procedimientos y/o tratamientos médicos

Tabla N° 6

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si le han explicado en que consiste cada procedimiento médico, 2013.

EXPLICACIÓN EN QUE CONSISTE CADA PROCEDIMIENTO MÉDICO	%
Sí	70.6
No, se ha explicado: usos, riesgos y beneficios de los procedimientos médicos	29.4
TOTAL	100.0

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

La presenta tabla muestra que, la mayoría de la población se le explicó en qué consiste cada procedimiento médico en un 70.6% frente a un 29.4% a quienes no se explicó ningún uso, riesgo o beneficio sobre dichos procedimientos.

Tabla N° 7

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si le han explicado en que consiste cada procedimiento médico con relación a grupos de edad, 2013

EXPLICACIÓN EN QUÉ CONSISTE CADA PROCEDIMIENTO MÉDICO					
GRUPOS DE EDAD	SÍ		NO SE HA EXPLICADO: USOS, RIESGOS Y BENEFICIOS		TOTAL
	F	%	F	%	
17 A 26 AÑOS	46	21.10	4	1.83	50
27 A 36 AÑOS	31	14.22	11	5.05	42
37 A 46 AÑOS	17	7.80	4	1.83	21
47 A 56 AÑOS	22	10.09	27	12.39	49
57 A 66 AÑOS	13	5.96	14	6.42	27
≥67 AÑOS	25	11.47	4	1.83	29
TOTAL	154	70.64	64	29.36	218

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Los pacientes que reciben más información sobre la explicación de los procedimientos médicos tienen rangos de edad entre 17 a 26 años en un 21.10%, se observa que las personas más jóvenes son a quienes se les explica sobre todo.

11.2.4. Problemas con la Información.

Tabla N° 8

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según problemas con la cantidad de información que se entregó, 2013

PROBLEMA CON LA CANTIDAD DE INFORMACIÓN	%
NO	50.9
SÍ, ES MUCHA LA INFORMACIÓN	41.3
SÍ, ES MUY POCA LA INFORMACIÓN	7.8
TOTAL	100.0

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Podemos observar que el 48,9 % de los pacientes tienen problemas con la cantidad de información, especialmente un 41,3 % de los pacientes de este estudio indica que es cuantiosa la información que reciben.

Tabla N° 9

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según problemas con la cantidad de información que se entregó con relación a los grupos de edad, 2013

GRUPOS DE EDAD	PROBLEMAS CON LA CANTIDAD DE INFORMACIÓN					
	NO		SÍ, MUCHA INFORMACION		SI, MUY POCA INFORMACIÓN	
	F	%	F	%	F	%
17 A 26 AÑOS	38	17.43	12	5.50	0	0
27 A 36AÑOS	17	7.80	22	10.09	3	1.38
37 A 46 AÑOS	17	7.80	4	1.83	0	0
47 A 56 AÑOS	15	6.88	28	12.84	6	2.75
57 A 66 AÑOS	6	2.75	13	5.96	8	3.67
≥67 AÑOS	18	8.26	11	5.05	0	0
TOTAL	111	50.92	90	41.28	17	7.80

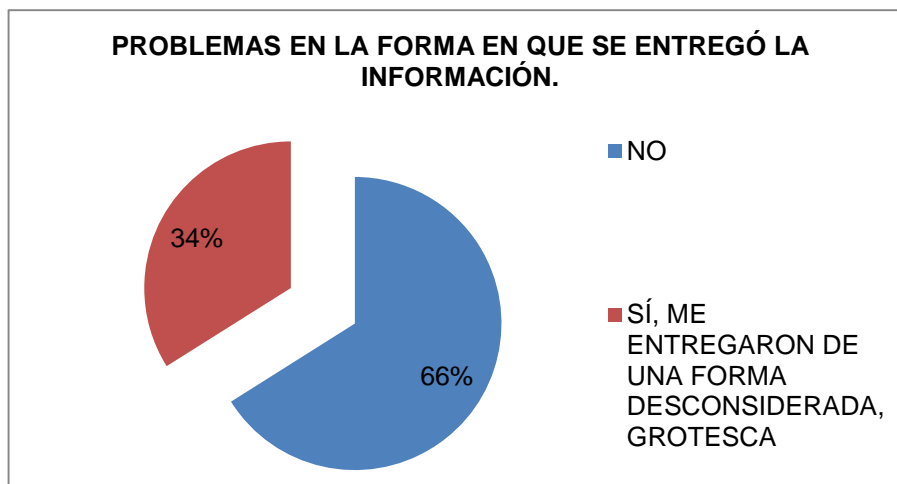
Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Los pacientes con rango de edad entre 47 a 56 años indican tener problemas con la cantidad de información, refieren que es mucha cantidad receptada, al contrario los pacientes con rangos de edad entre 57 a 66 años señalan que es muy poca información recibida.

Grafico N°3

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según algún problema en la forma de entregar información, 2013



Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Esta graficanos indica que un 66 % de los pacientes no existieron problemas en la forma como se entrega la información, mientras que un 44% considera que la informacion ha sido entregada de una forma desconsiderada y grotesca, podemos darnos cuenta que es un porcentaje grande.

Tabla N°10

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según algún problema en la forma de entregar información según los grupos de edades, 2013.

GRUPOS DE EDAD	PROBLEMA CON LA FORMA EN SE ENTREGÓ LA INFORMACIÓN				TOTAL
	NO		SÍ, ME ENTREGARON DE UNA FORMA DESCONSIDERADA, GROTESCA		
	F	%	F	%	
17 A 26 AÑOS	38	17.43	12	5.5	50
27 A 36 AÑOS	23	10.55	19	8.72	42
37 A 46 AÑOS	17	7.8	4	1.83	21
47 A 56 AÑOS	32	14.68	17	7.8	49
57 A 66 AÑOS	9	4.13	18	8.26	27
≥ 67 AÑOS	25	11.47	4	1.83	29
TOTAL	144	66.06	74	33.94	218

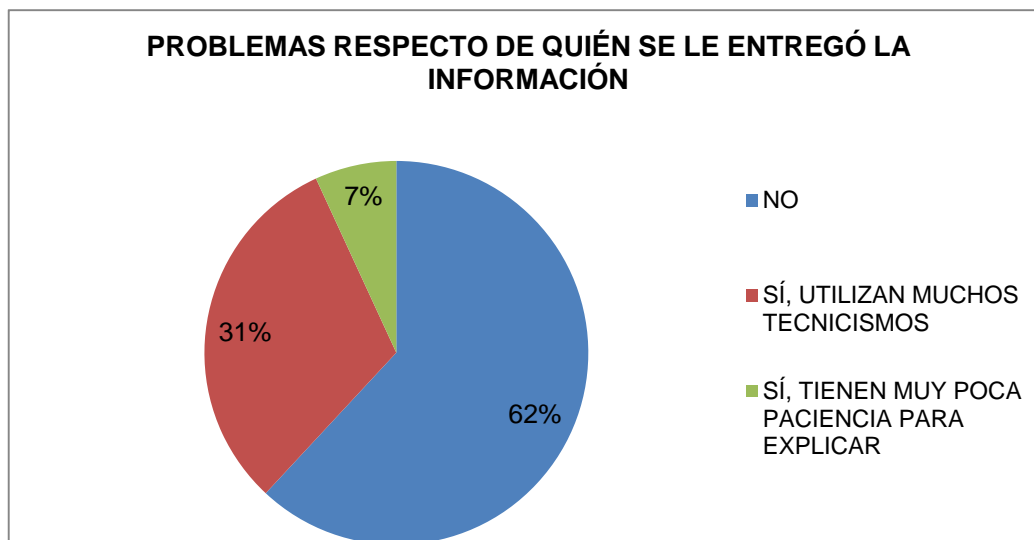
Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Los pacientes con rango de edad entre 27 a 36 años y los de 57 a 66 años, son los pacientes con mayor porcentaje que indican haber recibido información en forma desconsiderada y grotesca por parte del personal médico.

Grafico N°4

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según algún problema respecto de quien se le entregó la información, 2013.



Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Según la gráfica nos indica que la mayoría de pacientes no tienen problemas por parte del personal quien les entrega la información, un 31% indica que utilizan muchos tecnicismos y un 7 % revela que el personal tiene muy poca paciencia para explicar la información necesaria.

Tabla N° 11

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según algún problema respecto de quien se le entregó la información, 2013.

GRUPOS DE EDAD	PROBLEMA CON LA FORMA EN SE ENTREGÓ LA INFORMACIÓN				TOTAL
	NO		SÍ, ME ENTREGARON DE UNA FORMA DESCONSIDERADA, GROTESCA		
	F	%	F	%	
17 A 26 AÑOS	38	17.43	12	5.5	50
27 A 36 AÑOS	23	10.55	19	8.72	42
37 A 46 AÑOS	17	7.8	4	1.83	21
47 A 56 AÑOS	32	14.68	17	7.8	49
57 A 66 AÑOS	9	4.13	18	8.26	27
≥ 67 AÑOS	25	11.47	4	1.83	29
TOTAL	144	66.06	74	33.94	218

Fuente: Base de Datos.

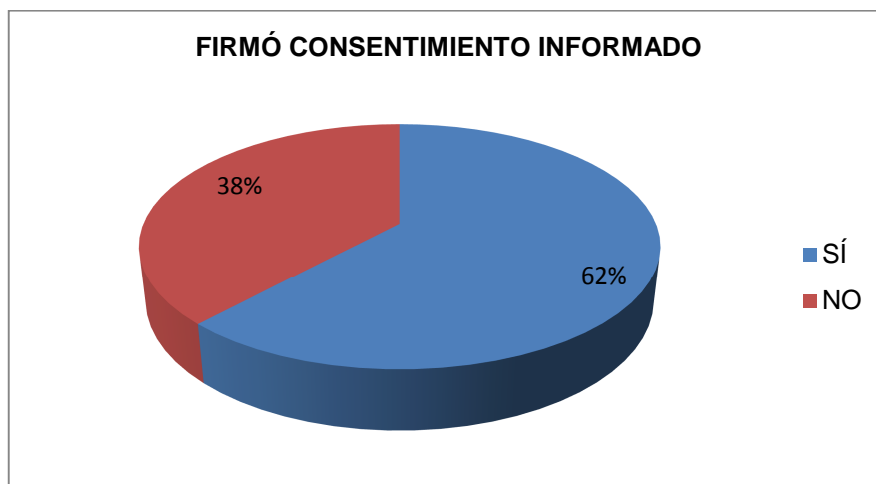
Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

De acuerdo a la tabla, podemos observar que el rango de edad entre 17 a 26 años son en mayor proporción quienes indican no tener problemas con respecto a quien les brindo la información, el rango entre 27 a 36 años indican tener mayor problemas debido a que se utilizan muchos tecnicismos y el rango de 47 a 56 años indican en mayor proporción.

11.2.5. Consentimiento informado y problemas con el llenado del mismo

Grafico N°5

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según sí firmó el consentimiento informado, 2013.



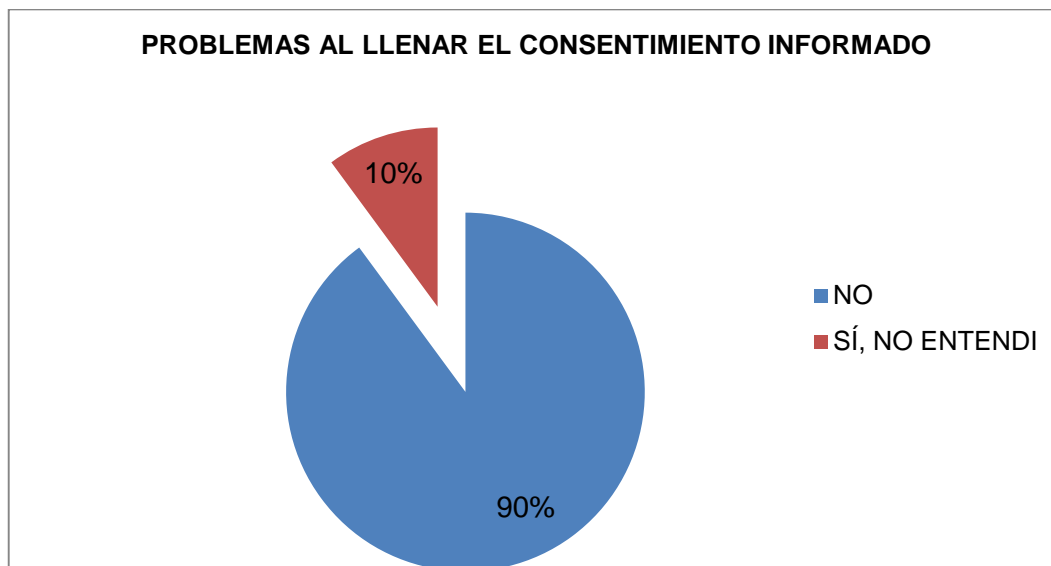
Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Según el gráfico se puede observar que la mayoría de pacientes indican si haber firmado el consentimiento informado con un 62%, pero es un 38% de los pacientes de nuestro estudio quienes no firmaron ningún consentimiento informado pese a que fueron sometidos a procedimientos y tratamientos médicos.

Grafico N° 6

Distribución de 218 pacientes del servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según algún problema al llenar el consentimiento informado, 2013



Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

De acuerdo al grafico se puede observar que es una mínima cantidad (10%) de pacientes que tuvieron problemas para llenar el consentimiento informado, tomando en cuenta que es solo un 62% de la población de estudio a quienes les entregaron un consentimiento informado.

11.2.6. Aspectos éticos

Tabla N°12

Distribución de 218 pacientes, en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si el equipo médico cree que su salud fue lo más importante, 2013.

SU SALUD ES LO MAS IMPORTANTE PARA EL EQUIPO MÉDICO	%
NO	3,2
SÍ	96,8
TOTAL	100,0

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

En la tabla observamos, que la mayoría de los pacientes consideran que su salud fue lo más importante para el equipo médico durante su hospitalización.

Tabla N° 13

Distribución de 218 pacientes, en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si el equipo médico ha hecho lo posible para proteger su intimidad al momento de examinarla, 2013.

PROTEGER LA INTIMIDAD	%
SÍ	95,4
NO	4,6
TOTAL	100

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

Podemos observar que la mayoría de los pacientes indican que tienen confianza en el equipo médico, ya que el equipo médico protege su intimidad.

Tabla N°14

Distribución de 218 pacientes, en el servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, según si ha percibido algún otro problema, 2013.

HA PERCIBIDO ALGUN OTRO PROBLEMA	%
NO	75,4
SÍ, EXISTEN MUCHOS ESTUDIANTES	24,6
TOTAL	100

Fuente: Base de Datos.

Elaborado por: Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla.

En la siguiente tabla indica, que existe un cuarto de la población estudiada (24,6 %) refieren que existe otros problemas, específicamente la existencia de muchos estudiantes, que en ocasiones los hacen sentir incómodos a la hora de proteger su intimidad.

12. Conclusiones

Obtuvimos las siguientes conclusiones:

- Las mujeres son en su mayoría quienes se encuentran hospitalizadas o siguen tratamientos médicos.
- Los pacientes que ingresan al Hospital Vicente Corral Moscoso en su mayoría provienen de Azuay y en especial de las zonas urbanas, pero cabe indicar que también da acogida a pacientes de diferentes partes del Ecuador.
- La mayoría de los pacientes tienen una instrucción primaria y son de etnia mestiza.
- A la mayoría de los pacientes se les comunica y se le da información sobre su enfermedad y sobre los tratamientos médicos.
- Todos los pacientes fueron sometidos a diferentes procedimientos médicos y/o tratamientos, pero a un 29,4 % de la población no se le explicó cuáles son los usos, beneficios y riesgos que conllevan los mismos, en algunos casos la información no está siendo clara o no llega de una forma efectiva.
- El lenguaje que se utiliza para comunicar a los pacientes sobre sus enfermedades y tratamientos no es el más efectivo, lo que causa malestar a los pacientes ya que ellos no tienen conocimientos médicos.
- Pese a que todos los pacientes fueron sometidos a procedimientos médicos, a un gran grupo de pacientes firmó un consentimiento informado y la mayoría no tuvo problemas en cuanto al llenado del mismo.



- Los formatos para proveer el consentimiento son poco claros, ya que uno de los problemas que se presentó en cuanto al llenado es que no entienden su contenido.
- Los pacientes consideran que su salud y por consiguiente su bienestar, siempre es lo más importante por parte del personal médico, ya que confían en ellos y protegen su intimidad.
- La mayoría de los pacientes indican que la existencia de muchos estudiantes en el Hospital Vicente Corral Moscoso les hacen sentir incómodos.

13. Discusión

Diversos estudios en relación a la temática investigada indican diversidades de resultados, muchos favorables. Veamos algunos de ellos. En Toledo, una investigación sobre la información al paciente revela que el 17,6% consideró como insuficiente la información recibida. Sólo el 27,2% fue invitado por el médico a participaren la toma de decisiones y sólo un 23,8% solicitó directamente algún tratamiento o derivación al hospital. De la misma manera en Chile, el 33 % de los pacientes indicaron no haber formado un consentimiento informado, algo similar sucedió con nuestro estudio, pese que todos los pacientes fueron sometidos a procedimientos médicos un 38% no firmó ningún consentimiento informado, mientras que la mayoría que lo firmó existieron problemas con el llenado del mismo. En España, un estudio revela que el 36,2% de pacientes no solicitó información, mientras en nuestra población 11,1 % no solicitó información. Nuestros pacientes son informados por sus médicos tratantes, pese esto existen ciertos problemas tales como: “el lenguaje que se utiliza no es el más efectivo, lo que causa malestar a los pacientes ya que ellos no tienen conocimientos médicos”. Sin importar los inconvenientes expuestos en este trabajo todos los pacientes consideran que “su salud y por consiguiente su bienestar, siempre es lo más importante por parte del personal médico”, por lo que confían en ellos.

Creemos que se está respetando y cumpliendo los artículos que la constitución Ecuatoriana ordena, aunque falta mucho por llegar a una excelencia.

14. Recomendaciones

- Mejorar la comunicación con los pacientes, es un requisito fundamental, sobre todo en el momento cuando se requiere dar información sobre los tratamientos que se aplicará, para que los pacientes mejoren su situación médica.
- Utilizar un lenguaje sencillo, que les permita entender cada procedimiento, de tal forma que los pacientes puedan apreciar mejor su situación médica y el tratamiento a seguir.
- Redactar consentimientos informados de una forma clara y entendible, para que no existan dudas ni problemas con el mismo.
- Informar cada procedimiento por mínimo, ayudará a que los pacientes se encuentren conformes evitando inconvenientes médico – legales.
- Recomendamos realizar otros trabajos que permitan constatar el avance de derechos que poseemos todos, desde el papel de pacientes.

15. Referencia Bibliográfica

- 1) Organización Mundial de la Salud (OMS); DERECHO A LA SALUD, Nota Descriptiva N° 323; [revista en la Internet] Agosto; 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>.
- 2) Congreso Nacional del Ecuador; Constitución de la República del Ecuador; LEY DE DERECHOS Y AMPARO DEL PACIENTE Y LEY DE DERECHO Y AMPARO AL PACIENTE EN EMERGENCIA; 5 FEBRERO, ECUADOR; 1995.
- 3) Congreso Nacional del Ecuador; Constitución de la República del Ecuador; LEY ORGÁNICA DE SALUD DEL ECUADOR; 22 de Diciembre, ECUADOR; 2005.
- 4) Motilla Fraile M., Sánchez-Oro Gómez R., Curiel Sainz O., Rodríguez Macías B., López Gil M., López de Castro F. ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia?. RevClinMedFam [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2011 Dic 16]; 2(6): 263-268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000100003>.
- 5) Tardáguila Lobato M., Méndez Pérez C., Torres Vélez J., Méndez García T., Benito Martín B., Lopez de Castro F. La Información al paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. RevClinMedFam [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2011 Dic 16]; 2(4): 145-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2008000200002>.

- 6) León R T., Bedregal P., Shand B. Prevalencia de problemas éticos en Servicios de Medicina, desde la perspectiva del paciente. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2012 Nov 10]; 137(6): 759-765. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600005&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872009000600005
- 7) Barca Fernandez I, Parejo Miguez R y coll; La información al paciente en la toma de decisiones clínicas, Revista med. española [revista en la Internet]. 2009 [citado 2010 Enero 10]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v33n07a13060759pdf001.pdf>
- 8) Penneau J.; La Información y el Consentimiento del Paciente; Rev.Latinoam.Der.Méd. Medic. Leg. 1(2) / 2(1):13-17, 1996/1997. Disponible en internet: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v1-2n2-1/art3.pdf>, Revisado el: 10 de Junio del 2012.
- 9) Jovell A., Navarro M.; Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Fundación Alternativas. Barcelona 2006: 25- 38.
- 10) Herrera A.; Chang P.; El Consentimiento Informado en Anestesiología – Parte I y II, “La Relación Médico Paciente como fundamento del consentimiento informado; Revista de la Facultad de Ciencias Médicas/Universidad Central del Ecuador; Vol 34, N° 1 – 2, Art 72-78, Quito – Ecuador; 2009. ISSN 0375-1066.
- 11) Colegio Médico de Buenos Aires, Códigos de la Ética Médica, Juramento Hipocrático; Distrito V, Buenos Aires – Argentina, 2009. Disponible en: <http://www.colmed5.org/Codigoetica/codigosetica2.html> Consulta: 10 de marzo del 2012.
- 12) Bohórquez F., El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de

- Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.1 (Julio- Diciembre de 2004). Disponible en Internet: <<http://revista.iered.org>>. ISSN 1794-806. Consulta: 12 de febrero del 2012.
- 13) Galende I. Problemas éticos de la utilización de seres humanos en investigación biomédica. Consecuencias sobre la prescripción de medicamentos. *MedClin (Barc)* 1993; 101: 20-23. Manson y Onora O'Neill; *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Universidad de Cambridge, 2007.
 - 14) Ovalle G. C. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Universidad El Bosque. Colección Bios y Oikos. Ediciones El Bosque. 2009.
 - 15) León T., Bedregal P., Shand B., Prevalencia de problemas éticos en Servicios de Medicina, desde la perspectiva del paciente. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2012 Mar 05]; 137(6): 759-765. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600005&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872009000600005.
 - 16) Código de Ética y Deontología Médica. Consejo General de Médicos, 1999. [citado el 4 de mayo del 2004]. Disponible en: www.cgcom.org/pdf/codigo.pdf
 - 17) García Ortega C, Cózar Murillo V. Consentimiento informado (I): fundamento ético y legal. *Rev Todo Hospital* 2001; 177: 393-9.
 - 18) Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *MedClin* 1993; 100: 659-63.
 - 19) Declaración de Ginebra, Adoptada por la 2da Asamblea General de la AMM, Ginebra, Suiza, Septiembre de 1948.

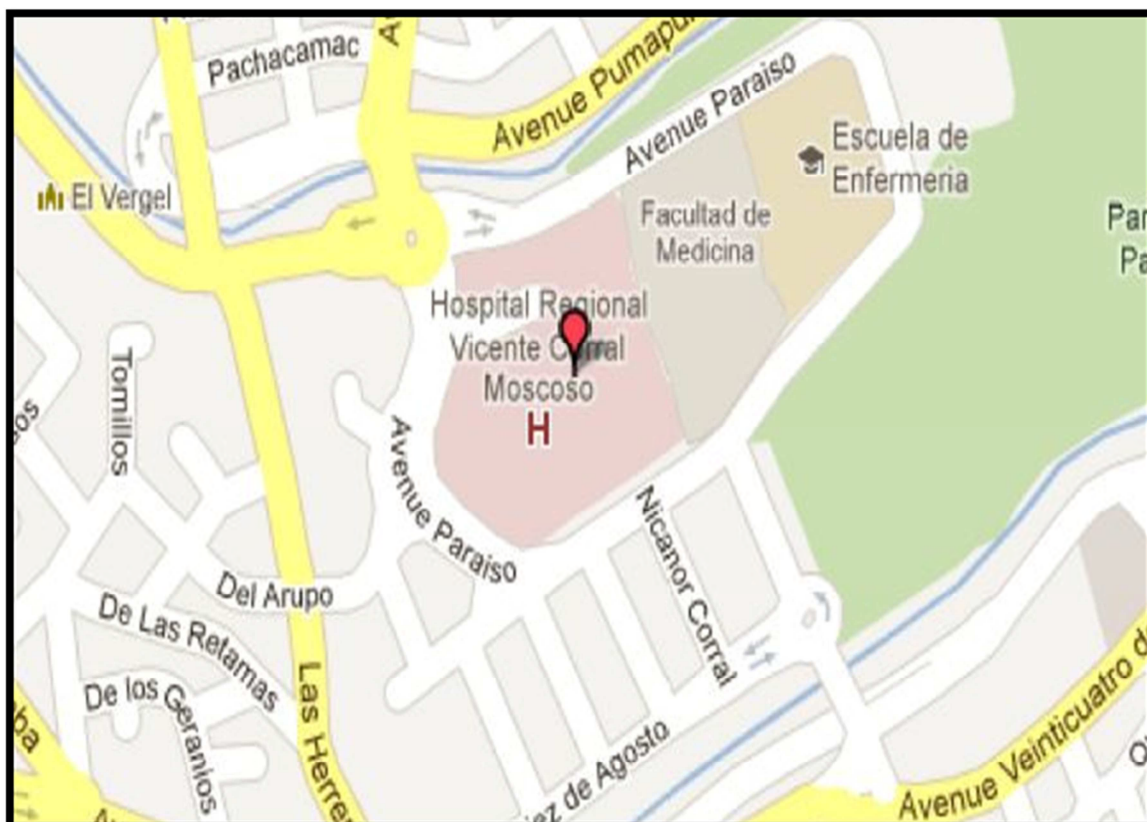
- 20) Rodríguez Parada C.; Vall Casa, Aurora; El derecho a la información del enfermo hospitalizado”. Boletín de la ANABAD (2006 c), vol. LVI, núm. 3, p. 165 – 185.
- 21) Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa, WHO/Europe (2000); Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Disponible en: <http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf>
Consulta: 6 de marzo del 2012.
- 22) Hernández Yáñez J.; La calidad como imperativo ético. En Congreso Mayores, empleo y gestión. Bilbao, Cáritas. Fundación Aspaldiko, 2008. P. 1 – 13. Disponible en: <http://www.sc.echu.es/svwkalit/Documentos/La%20calidad%20como%20imperativo%29etico.pdf> Consulta: 6 de marzo del 2008.

16. Anexos

16.1. Anexo 1

16.2.

Ubicación del Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”



Obtenido de: www.googlemaps.com

**16.3. Anexo 2**

Cuenca, 1 de febrero de 2013

Dra. Adriana Moreno

Director del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, GABRIELA DUCHE, FERNANDA GARCÍA Y ALEXANDRA PADILLA, estudiantes de quinto año de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted por medio de la presente para que nos conceda el permiso para realizar un Estudio de Investigación en el Servicio de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso; acerca de “LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES”; tomando en cuenta los factores que intervienen sobre la misma debido, a que nos hemos visto obligados a reaccionar frente a los cambios importantes que han sucedido en las relaciones médico-paciente y en la asistencia sanitaria la misma que se mide hoy en día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado a más que en los últimos años surge un nuevo tipo de paciente, mucho mejor informado y que desea participar de forma más activa en la toma de decisiones que atañen a su salud o la de sus familiares.

Por la favorable acogida a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Gabriela Duche

0104915400

Fernanda García

0105599872

Alexandra Padilla

0105168017

16.4. Anexo 3



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE CLÍNICA DEL “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”; CUENCA 2013”.

Fecha: _____

Número de Identificación: _____

Nosotras Gabriela Duche, Fernanda García y Alexandra Padilla, con cédula de identidad 0104915400, 0105599872 y 0105168017 respectivamente; con el objetivo de conocer, el grado en que usted interviene sobre la decisión de su salud y la información proporcionada por parte de los médicos responsables del servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Nos permitimos pedir su colaboración en esta investigación necesaria para obtener el título de médico. La finalidad de este trabajo contribuirá a la mejoría de la atención por parte de los médicos hacia sus usuarios. Requerimos su participación contestando la siguiente encuesta

Si acepta colaborar en este estudio, se le enviará una encuesta sobre la calidad de información proporcionada por parte del Hospital y su capacidad de decisión. Todo esto se llevará a cabo en las mismas instalaciones del servicio de clínica.

Los beneficios que obtendrá de este estudio serán: el proporcionar una mejor calidad de atención, de información y capacidad de decidir en cuanto a su salud. Asimismo su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de los problemas de salud en la comunidad. No recibirá compensación económica por su participación, la intervención de los investigadores no tendrá ningún costo. Recibirá información y orientación sobre este problema y sus factores de riesgo.



Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, yo, _____, con la cedula de identidad _____, acepto voluntariamente la participación.

Toda la información que se proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por los investigadores. Si se requiere información adicional sobre este estudio, pueden consultar con los investigadores Alexandra Padilla, Fernanda García y Gabriela Duche al número 2861541, de 7 a 9 pm. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar voluntariamente en este estudio.

Firma del Voluntario: _____

Firma del investigador: _____



16.5. Anexo 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**ENCUESTA LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU PARTICIPACIÓN EN
LA TOMA DE DECISIONES**

ENCUESTA N° _____

Instrucciones: lea las preguntas atentamente, revise todas las opciones y elija la respuesta que prefiera. Para rellenar el cuestionario utilice la plantilla y un bolígrafo. Piense antes de contestar y procure no equivocarse porque ni puede borrar ni tachar. Siga correctamente las instrucciones que le daremos previamente y si surge alguna pregunta mientras realiza la encuesta levante la mano y te responderemos cualquier duda.

Sexo: Mujer: _____ Hombre: _____

Edad: _____

Instrucción: Analfabeto/a: _____ Primaria: _____

Secundaria: _____ Superior: _____ Postgrado:

Otros: _____

Procedencia: _____ Urbana: _____

Rural: _____

Etnia: _____



Por favor brindarse en responder las siguientes preguntas:

PREGUNTAS	SÍ	NO	ESPECIFIQUE
<p>Respecto de la información relacionada a su problema de salud:</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Le comunicaron e informaron sobre su enfermedad?2. ¿Le ha indicado los tratamientos y procedimientos médicos que le han hecho?3. ¿Ha autorizado los procedimientos médicos?4. ¿Se le ha explicado en que consiste cada procedimiento médico (exámenes de sangre, radiografías, tomografías, etc.)?5. ¿Identificó algún problema en la cantidad de información que recibió por parte de su médico?6. ¿Identificó algún problema en la forma (o el modo) en que se entregó la información?7. ¿Identificó algún problema respecto de a quién se le entregó la información?			



<p>8. ¿Ha sido sometido a alguna intervención o procedimiento?</p> <p>Si su respuesta es SÍ responda la siguiente pregunta:</p> <p>9. ¿Se le solicitó a Ud. (o a su representante) firmar un papel referente a su aprobación con respecto a dicha intervención o procedimiento (consentimiento informado)?</p> <p>Si su respuesta es SÍ responda la siguiente pregunta:</p> <p>10. ¿Identificó algún problema en relación a la forma en que se firmó el consentimiento informado, por ejemplo que no se le explicara de manera adecuada?</p> <p>11. ¿Identificó algún problema en relación a su participación en decisiones con respecto a su enfermedad, tratamientos o procedimientos a seguir?</p> <p>12. ¿Cree usted que SU SALUD fue lo más importante para el equipo médico al momento de tomar decisiones?</p>			
---	--	--	--



<p>13. ¿Cree que los integrantes del equipo médico han hecho todo lo posible por proteger su intimidad al momento de examinarlo(a)?</p> <p>14. ¿Ha existido alguna situación en que procedimientos realizados a usted o a otro paciente le hayan hecho sentir incómodo(a) y/o que se ha pasado a llevar su privacidad?</p> <p>15. ¿Ha percibido usted, durante su hospitalización, algún otro problema ético, que hasta ahora no se haya mencionado?</p>			
<p>OBTENIDO DE: León R Tomás, Bedregal Paula, Shand B Beatriz. Prevalencia de problemas éticos en Servicios de Medicina, desde la perspectiva del paciente. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2012 Mar 05] ; 137(6): 759-765. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600005&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872009000600005.</p>			

Firma o Huella Digital del paciente: _____

16.6. Anexo 5

Dr. Gabriel Tenorio

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

INFORMO

Que se ha procedido en calidad de Director a la revisión de los contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción y referencias bibliográficas del protocolo de tesis:

“Información al paciente y su participación en la toma de decisiones en el servicio de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013”.

Realizado por las estudiantes Gabriela Elizabeth Duche Coronel, María Fernanda García Guevara y Marcia Alexandra Padilla Zhucuzhañay, previo a la obtención del título de Médico.

Considero que es un valioso aporte para el campo de la medicina, por lo que solicito muy comedidamente a la Comisión de Asesoría de Trabajos de Investigación (CATI) dé el trámite respectivo de inscripción del protocolo en los registros establecidos por la Comisión.

En espera de su atención a la presente suscribo.

Dr. Gabriel Tenorio

DIRECTOR DE TESIS

Cuenca, 13 de Febrero de 2013