

Artículo de Opinión

Medwave. Año X, No. 11, Diciembre 2010. Open Access, Creative Commons.

Consentimiento informado en situaciones de traslado extra-hospitalario de pacientes en Chile

Autora: Marie Jesie Carrillo Barrera⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital de Asistencia Pública, Santiago, Chile

doi: 10.5867/medwave.2010.11.4806

Ficha del Artículo

Citación: Carrillo MJ. Consentimiento informado en situaciones de traslado extra-hospitalario de pacientes en Chile. *Medwave* 2010 Dic;10(11). doi: 10.5867/medwave.2010.11.4806

Fecha de envío: 16/10/2010

Fecha de aceptación: 12/11/2010

Fecha de publicación: 1/12/2010

Origen: no solicitado, ingresado por FTS

Tipo de revisión: con revisión externa por un revisor, autor ciego al revisor

Resumen

Contar con un documento escrito, que garantice la información dada al paciente sobre los beneficios y consecuencias de un traslado, es un requerimiento que siempre va a favorecer la relación entre el equipo de salud, el paciente y su familia. Entregar información comprensible, que considere a las partes involucradas, genera siempre respeto y confianza, sentimientos esenciales para crear una relación fructífera. Cuando el equipo de salud no considera al paciente y su familia, se genera una situación de abuso de poder por parte del personal de salud, sobre todo cuando el paciente se encuentra en una situación de vulnerabilidad y dependencia. Todo esto genera una relación asimétrica, que se profundiza cuando no se toma en cuenta la opinión del paciente, estos hechos solo aumentan la desconfianza y angustia. La enfermera tiene la responsabilidad legal y social de cuidar, y esto siempre implica considerar al paciente y su entorno.

El equipo de salud busca soluciones efectivas para los pacientes, en el menor tiempo posible, donde las soluciones incluyen derivaciones a otros centros de salud, tratamientos a corto o largo plazo, y consecuencias para el paciente y su familia. Estos trastornos que se generan en la vida del paciente, no necesariamente son consecuencias de un problema de salud, también pueden ser el resultado de las decisiones tomadas por el equipo de salud.

Trasladar a un paciente del lugar donde fue ingresado por sus familiares, significa intervenir directamente en la decisión del paciente y su familia, de ser atendido en determinado centro. Es muy probable que la decisión del traslado no tenga cuestionamientos médicos, pero implica añadir un factor de riesgo al realizar un traslado por ambulancia.

Incluir al paciente en su tratamiento, genera autonomía, volver a ser persona, que es participe de los cambios de su vida.

La necesidad de un consentimiento informado, implica dialogar un cuidado que tendrá consecuencias, pero estas serán asumidas por el equipo el paciente y su familia.

Abstract

Having a written document, to ensure the information given to patients on the benefits and consequences of a transfer, is a requirement that will always favor the relationship between the health team, patient and family. Providing comprehensive information, to consider the parties involved, always generates respect and trust, feelings essential to create a fruitful relationship. When the health team does not consider the patient and his family, he creates a situation of abuse of power by health personnel especially when the patient is in a position of vulnerability and dependency. All of this creates an asymmetrical relationship that deepens when not taken into account the patient's view, these facts only increase mistrust and anxiety. The nurse has the legal and social responsibility to care, and it always involves considering the patient and environment.

Introducción

El traslado extrahospitalario de pacientes es una realidad chilena, debido principalmente a la estructuración del sistema de salud, el cual está basado en redes asistenciales, redes territoriales y macro redes regionales; en donde las derivaciones de los pacientes, se realiza por un servicio de ambulancias para el transporte sanitario llamado Sistema de Atención Médica de Urgencia (S.A.M.U.), estos traslados se generan entre establecimientos de diversa complejidad y distinto nivel de funcionamiento.

En Santiago existen 10 hospitales tipo 1 y 2, pero solo 3 de ellos cuentan con laboratorios para exámenes, salas para procedimientos invasivos y médicos especialistas en funcionamiento las 24 horas del día. Estas son las principales razones por las cuales el S.A.M.U. realiza un promedio anual de 8.000 traslados de pacientes. Otra causa de indicación de traslados es la falta de disponibilidad camas para pacientes hospitalizados.

Un porcentaje de estos traslados se realiza con pacientes graves, que van a ocupar camas de unidades de cuidados intensivos, o que se van a realizar exámenes invasivos, o también van a evaluaciones por especialistas (SAMU, 2005). Todos estos traslados se realizan sin la existencia de un consentimiento informado para la realización del traslado, tampoco existe una estipulación en la ficha clínica que mencione las razones del traslado y las consecuencias de este, y mucho menos si el paciente y/o los familiares están de acuerdo.

El transporte de pacientes requiere una optimización de los cuidados ya aplicados al paciente, de manera que se minoricen las posibles alteraciones fisiológicas derivadas principalmente de los movimientos de aceleración y desaceleración (PHTLS, 2004). De lo antes mencionado, trasladar un paciente implica un aumento de su riesgo vital, no solo por las alteraciones fisiológicas, sino también por los riesgos derivados de la conducción terrestre. Estas situaciones incrementa la importancia de decidir un traslado, lo que genera algunas interrogantes como ¿quién decide un traslado?, ¿qué competencias debe tener quien asume la decisión del traslado?, interrogantes que trataremos de responder durante el desarrollo del artículo.

Otro punto a analizar de los traslados extra-hospitalarios en Chile, es la falta de documentación escrita que explique las razones del transporte y si existe el consentimiento del paciente y/o sus familiares para su realización.

El S.A.M.U. utiliza una ficha de registro de paciente que, lamentablemente, no estipula un consentimiento informado del traslado por parte del paciente y/o sus familiares. Lo que sí existe son documentos que deben recopilarse previo a la realización del traslado, los cuales son obligatorios, como la solicitud de interconsulta, carta de resguardo de cancelación de las prestaciones efectuadas para el hospital o la clínica de derivación y la epicrisis médica y de enfermería. Esta situación muestra lo intrascendente que es para el sistema de salud, la

opinión del paciente, sobre una situación que lo involucra muy directamente.

El paciente y su familia tomaron la decisión de ingresar a un determinado centro de salud, realizar el traslado del paciente sin su consentimiento implica transgredir esta decisión, generándose una acción de dominio sobre el paciente, donde el equipo de salud pasa a realizar un acto de "autoritarismo", que por definición va a alterar la comunicación y el respeto hacia el paciente y su familia (Arratia, 2000).

El equipo de salud puede tener fundamentos fisiopatológicos que avalen la necesidad de un traslado terrestre del paciente, pese a los riesgos de realizar un transporte, pero la fisiopatología de una enfermedad, no es el paciente, la relación que se debe formar entre el paciente y el equipo de salud, no es solo la enfermedad debe ser una relación de cuidado que implica comunicación y respeto.

La enfermería según el artículo 113 del código sanitario tiene el deber de gestionar cuidado, dónde cuidar incluye el respetar al otro, el cuidado de enfermería se basa en las interacciones humanas y su entorno, tomando siempre al paciente como un ser integral, en comunicación permanente.

Informar y conocer la opinión del paciente y su familia en situaciones de traslado, es un deber de la profesión de enfermería.

Reflexionar sobre los aspectos que fundamentan el consentimiento informado en situaciones de traslado extra-hospitalario, es el propósito del artículo.

Consideraciones de un consentimiento informado en situaciones de traslado extra-hospitalario de pacientes en Chile

Para lograr comprender la necesidad de instaurar un consentimiento informado en los traslados realizados por el S.A.M.U., es necesario intentar reflexionar sobre las preguntas planteadas anteriormente ¿Quién decide un traslado? ¿Qué competencias debe tener quien asuma la decisión de trasladar?

Según el filósofo Santo Tomas de Aquino, el concepto de la "decisión" involucra un acto voluntario que debe ir respaldado de una deliberación, donde deliberar requiere relacionar elementos que son prioritarios para los involucrados en la decisión, y estos son los valores, las circunstancias internas y externas y las consecuencias que se generaran producto de la decisión tomada (Ferrer, 1990). En concordancia con estos conceptos, Nieves Martin, refiere que para lograr decisiones prudentes y sensatas en salud, es necesario tener conocimientos sobre el paciente y las circunstancias familiares en que este se encuentra inserto (Martin, 1996).

La toma de decisión de un traslado en Chile es realizada solo por el médico de turno, lo que se confirma con la inexistencia de un documento que estipule la decisión del

paciente y su familia. La falta de documentación que exponga la opinión del paciente, sobre una situación que va a aumentar su riesgo vital, plantea claramente el poco interés del personal de salud en conocer la opinión del paciente ni las consecuencias que le generen al paciente las decisiones tomadas por el equipo de salud.

Asimismo, el proceso deliberativo que implica entrelazar los valores, el entorno y consecuencias de las partes involucradas en la decisión de un traslado, desconoce y no proporciona un lugar al paciente en la toma de decisión, de una situación que va a aumentar su riesgo vital, es por esto que no puede existir una deliberación adecuada cuando no se incluye al paciente en el proceso deliberativo y, por ende, se corre el riesgo de no tomar una decisión adecuada.

Deliberar en salud implica conocer los diferentes cursos de acción frente a una situación que afecta al paciente, pero esta deliberación debe ser siempre prudente, es decir, reflexionada de acuerdo a los principios éticos, donde tomar una decisión final implica que la persona del equipo de salud que delibere tenga formación en bioética y sea un profesional competente (Martin, 1996).

Como ya se menciona, en Chile quien decide un traslado es el médico de turno, que puede o no presentar formación en bioética, desconociéndose además sus competencias para tomar decisiones de traslados.

Afirmar que el ser humano tiene el derecho a opinar sobre sí mismo y su entorno, lo concluimos a través del razonamiento de Heidegger, que define al hombre como "*Dasein*'is" o "*Ser-ahí*", entendido literalmente como "*estar ahí*", esta forma explica como los seres humanos inevitablemente se encuentran en medio de las cosas, donde "*ser en el mundo*" implica enfrentar al mundo. En virtud de esto, es inevitable la generación de sentimientos y de relación con el entorno, donde ésta interrelación generada es inherente al ser humano y lo hace poseedor del derecho de decidir cómo es la interrelación. El "*ser-ahí*" va cambiando a un "*ser-con*", adquiriendo un carácter de preocupación por el otro (Heidegger, 1996).

De lo descrito se concluye que, preocuparse por su entorno es propio del hombre, al desconocer el "*mundo que rodea*" al paciente y los sentimientos que le generan el entorno, implica tratar al ser humano como un objeto, obligándolo a asumir decisiones no tomadas por él, decisiones que lo involucran directamente.

Nadie mejor que el paciente conoce su entorno y su derecho de actuar en él, donde la autonomía pasa a ser un valor propio del hombre, definido por Stuart Mill como: "*Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, aunque de esa actuación o abstención vaya de derivarse un bien para él, o porque ello lo ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo*".

Muchos filósofos han aceptado que el principio de autonomía es inherente al hombre, y la bioética no ha

estado exenta de este principio, considerando a la Autonomía como "*la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo, y por lo tanto, la vida y la muerte de los seres humanos*". La autonomía permite tomar decisiones y hacerse responsable de las decisiones tomadas, generando autorrealización y trascendencia en el individuo, finalmente, la autonomía pasa a ser la expresión de dignidad de la persona, (León, 2007).

Dignidad es el valor que subyace a todos los demás valores morales, donde el sujeto vale en sí mismo y no como objeto subordinado. Inmanuel Kant, filósofo alemán del siglo XVIII, definía a la dignidad como el valor que posee el hombre en su interior, por ende, la dignidad no depende de circunstancias o comportamientos existentes, la dignidad existe como la forma de trascender del individuo, entendiendo la auto-trascendencia como la autodeterminación y dominio de sí, características propias del ser humano (Requena, 2008). Dignidad es lo que al hombre lo hace persona y ello implica aceptar que toda persona tiene entendimiento, voluntad, autoconciencia de sí, autodeterminación, lo que implica actuar libre y consiente (León, 1991).

En concordancia a lo descrito, el equipo de salud que acepta la decisión médica de un traslado y que no contempla la opinión del paciente y familia, no está considerando al paciente como un "*ser humano digno*". Pueden existir variadas circunstancias en salud que dificulten el proceso deliberativo, pero al no dejar explícitas las circunstancias de una deliberación y a la vez generar una decisión en salud que no incluye al paciente y/o familia, se demuestra la poca consideración que se tiene frente a la opinión de un paciente y la falta de preocupación del equipo de salud cuando transgrede la dignidad de este.

Una de las formas de expresión de la dignidad es el principio de autonomía, que se define como el "*derecho a elegir*" distintas opciones de tratamiento médico de acuerdo al conociendo sobre los riesgos y beneficio de éste, donde todas las opciones son analizadas según la situación personal del paciente y sus valores (León, 2007).

Los equipos de salud parecieran desconocer la dignidad del paciente al no existir registros sobre su decisión en una situación de traslado, si bien no existe la obligatoriedad de un consentimiento informado escrito, el profesional, al no tener este documento, asume la completa responsabilidad de la decisión de trasladar a un individuo, en donde la jurisprudencia hace responsable al profesional de la salud por los actos culpables en el ejercicio de su profesión. El artículo 491 del código penal Chileno, indica que todo profesional de la salud que cause daño a las personas por negligencia culpable en el desempeño de su profesión, tendrá pena de delito, tomándose como daño todo perjuicio pecuniario, moral y/o somático (Rivera, 2002).

En resumen, decidir una situación, que genera un riesgo para el paciente sin su opinión, implica anularlo como

persona. Pero, en el caso contrario, donde hubiese un consentimiento informado al paciente, este debe ser escrito, por la importancia ética y jurídica que conlleva.

La relación entre el paciente y el profesional de salud debe ser el rol central de la práctica clínica, que se inicia por un paciente o acompañante, que en el ejercicio de su libertad o de la responsabilidad que tiene por la vida y la salud, decide iniciar esta relación, donde el paciente necesita ayuda, es decir, presenta un problema que se siente incapaz de solucionar; esto genera una asimetría inicial en la relación paciente-profesional de salud poniendo al paciente en una situación vulnerable y dependiente, que irá aumentando en la medida que crezca el desconocimiento y la incertidumbre (Ventura, 2002).

Las capacidades del paciente se encuentran disminuidas, existiendo alto riesgo de transgredir la dignidad de las personas si no se tiene la previsión adecuada, la existencia de una asimetría en la relación paciente-profesional de salud, creada por la condición de necesidad del paciente, no implica que haya asimetría en cuanto al respeto ni a la dignidad. El cuidar al paciente se basa en una relación de confianza y respeto mutuo, donde el objetivo de la interrelación paciente-profesional de salud es el bien del paciente. Es por esto que se requiere estipular las cualidades humanitarias de los profesionales de salud; estas cualidades fueron descritas por la Junta Norteamericana de Medicina Interna en 1983, quienes definieron que las cualidades humanitarias que un médico debe poseer son la integridad, el respeto y compasión, definiendo cada una de la siguiente forma:

Integridad: carácter personal de honestidad y confiabilidad en la evaluación y demostración de capacidades y habilidades.

Respeto: capacidad de aceptar y reconocer las preferencias y derechos de los otros, reconocer la dignidad y libertad del paciente.

Compasión: carácter de humanidad, que permite reconocer que el sufrimiento genera necesidades especiales.

El equipo de salud cumple un rol en la sociedad, que implica actuar de acuerdo a los principios universales de justicia y no-maleficencia, desconocer las consecuencias que pudieran tener para un individuo una decisión en salud conlleva a poder causarle un daño. Si bien el objetivo del equipo de salud es el bien del paciente, corre el riesgo de no lograrlo cuando desconoce la dignidad de este, ya que se promueve la relación de salud asimétrica, donde la falta de información e integración del paciente a su salud, generara siempre mayor desconocimiento e incertidumbre. Lograr pasar de una relación asimétrica en salud a una relación simétrica en respeto y confianza, solo se logra cuando se incluye al paciente en la toma de decisiones.

El paciente es un ser autónomo, lo que implica tomar decisiones y ser responsables de ellas; cuando se le quita responsabilidad al paciente, se está atacando

directamente su autonomía y, por ende, su dignidad. Es necesaria la existencia de mecanismos que protejan al paciente dado que se encuentra en una situación vulnerable. Por esta situación de vulnerabilidad, el médico debe informar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, comprobando que el paciente y su familia lo comprendan a cabalidad.

La creación de códigos de ética tiene como objetivo actuar directamente sobre los profesionales de salud, para resolver situaciones que puedan atentar contra la autonomía del paciente. El principio de autonomía se refiere a la libertad y responsabilidad del paciente, quien decide lo que es bueno para él, dicho esto, el profesional de salud no puede hacer el bien al paciente en contra de su voluntad. Esta y otras situaciones hacen necesaria una documentación, donde queden explícitas las intenciones de los participantes de la relación profesional de salud-paciente (Martin, 1996). Si no quedan explícitas, solo denotan falta de interés y despreocupación por los principios éticos participantes en las interrelaciones que se forman en salud.

La protección del paciente siempre ha sido una preocupación mundial, donde las sociedades internacionales ha presentado declaraciones que protegen la dignidad del paciente, por ejemplo, existe el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 35va Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, realizada en Italia en 1983, donde se plantea que uno de los deberes del médico es "*consagrarse a proveer una asistencia competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana*".

Tomando en consideración los riesgos hacia la dignidad del paciente, España proclamó la ley reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, protegiendo a la parte más débil de la relación "*paciente-profesional de salud*". España no es pionera en proteger los derechos de los paciente, en 1981, la Declaración de Lisboa, en su 34va Asamblea Médica Mundial sobre los derechos de los pacientes, estableció las bases de los derechos del paciente que el médico debe garantizar. Dentro de estos derechos está la libre elección, el derecho a la autodeterminación, el derecho a la información, el derecho a la dignidad, y también estipula a quien se debe informar en el caso de un paciente inconsciente. Argentina es otro país que presenta leyes que resguardan la relación profesional de salud y paciente, en su ley 26.529 de Salud Pública referida a los Derechos del Paciente, el artículo 2 explicita que uno de los deberes del médico es velar por el estricto respeto a la dignidad humana y autonomía del paciente, definiendo la autonomía como el derecho del paciente en aceptar o rechazar tratamientos y/o procedimientos médicos. La República del Ecuador, en el artículo 7 de su Ley Orgánica de la Salud, estipula el respeto a la dignidad y autonomía del paciente por sobre el tratamiento médico. El Código de Ética Médica de Chile, en el título 2 y artículo 15, refieren que en casos de indicar tratamientos que impliquen riesgos graves para el

paciente, el médico deberá contar con el consentimiento informado de este o su familia.

Estas declaraciones no apoyan bajo ningún punto de vista una visión de médico paternalista, en la cual el médico actúa con una responsabilidad exclusiva sobre el tratamiento del enfermo. Al tomar decisiones por él, lo hace sin las perspectivas, valores y metas del paciente, pasando a llevar el derecho a la decisión del paciente y su familia.

En Chile, no existe una ley que regule el consentimiento informado en salud, lo que no implica que no se deba exigir, ya que la salud debe ser regida por principios éticos; esto denota la prioridad en analizar la falta de importancia que se le otorga al paciente en sus decisiones, además del poco interés en buscar un profesional de salud competente en decidir una situación de traslado.

Las razones de esto pueden ser variadas, pero resulta de poca ayuda lo estipulado en el Código Civil Chileno, que refiere: *"el médico debe actuar prudentemente, como lo haría un padre de familia"*. Analizar esta frase puede llevar a creer que los pacientes son hijos, que deben aceptar la decisión del padre, pero un padre debe conocer a sus hijos y el entorno en el cual están insertos, por ende, el médico si va actuar como un padre, debe antes conocer a sus pacientes y proporcionarles confianza y respeto.

A pesar de esto, existen algunas autoridades médicas con deseos de generar un consentimiento informado, el Dr. Juan Luis Castro, en una conferencia dictada en el XXI Congreso de Medicina Intensiva realizado el año 2003, refiere que *"el propósito fundamental del consentimiento informado es proveer evidencia documental de que la información se ha producido y que se ha obtenido el consentimiento del paciente"*.

Como se mencionó anteriormente, la enfermera es un miembro importante dentro del equipo de salud, que tiene el *"deber del cuidado"*.

¿Gestionara cuidado, al desconocer la opinión del paciente y su familia sobre una situación de traslado? ¿Tiene el deber de dejarlo explícito en la ficha clínica del paciente?

Organismos tanto nacionales como internacionales de protección al paciente, consideran a la enfermera como un elemento importante en la relación equipo de salud y paciente, existiendo diversos artículos que le atribuyen el deber de velar por los derechos del paciente. La Sociedad Americana de Enfermeras, en su código de ética del año 2001, disposición 1, refiere que, durante la práctica clínica, la enfermera debe dar respeto y valor a cada individuo en particular, y velar por el derecho del paciente a la libre determinación. El Código de Ética Mexicano de Enfermería también protege la autonomía del paciente, citando que *"a través del consentimiento informado, se protege y se hace efectiva la autonomía de la persona, lo que es absolutamente esencial en los cuidados de"*

enfermería" (Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México, 2001). En Chile, el código de ética de enfermería refiere que *"la enfermera debe verificar que las personas (paciente, familia, acompañante) reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos"*.

Finalmente, limitar los derechos individuales, debe ser siempre considerado como un atentado a los códigos de ética (Beauchamp, 2001).

La enfermería, que entiende por hombre a un ser capaz de generar autocuidado e integración, lleva implícito considerar al ser humano como un ser libre en el proceso de toma de decisiones, la enfermera tiene el deber ético y social de velar por el cumplimiento de esta condición, de lo contrario, no se generara cuidado y, al no cuidar, la enfermera no está cumpliendo con el dominio de su profesión.

En Chile, existe la ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, que establece a la profesión de enfermería como la gestora del cuidado, generando responsabilidades éticas y legales, situación que amerita la necesidad de tener documentada cualquier acción que promueva o dificulte el cuidado al paciente y familia.

Gestionar cuidado incluye realizar una reflexión de los datos obtenidos y elaborar junto al paciente y familia objetivos de salud, donde el diagnóstico de enfermería resume la respuesta del paciente a su experiencia en salud y la causas de estas respuestas (Zarate, 2003). Este cuidado requiere un proceso deliberativo, es decir, se requiere del diálogo, pues el dialogar es un medio fundamental para expresar la autonomía y finalmente poder tomar decisiones en salud (Arratia, 2000). Con el diálogo conoceremos datos necesarios para poder realizar diagnósticos de enfermería ciertos que incluyan la opinión del paciente y su familia.

Deliberar requiere actitudes que promuevan el diálogo, como son la escucha atenta, intentar comprender las situaciones que se presenten y analizar los valores implicados en forma prudente, generando una argumentación racional sobre los cursos de acción posible, solo así se pondrán controlar los miedos y angustias que se generan en un paciente y familia vulnerables (Gracia, 2001).

El cuidado de enfermería implica aceptar la dignidad del paciente y protegerla, no coarta su autonomía, lo que es prioritario para la formación de una relación, pero este proceso requiere estar escrito para denotar su importancia en las decisiones tomadas, si no se genera un escrito se resta importancia a la decisión final y no se protege la dignidad del paciente.

La enfermera, en su labor de gestionar cuidado, debe estar presente y abogar por el derecho del paciente a decidir sobre sí mismo, el dominio de enfermería es el cuidado, donde el cuidar implica una interrelación, es decir, conocer lo que piensa el otro y respetarlo para

poder cuidar, por ende, toda decisión tomada sobre el tratamiento y conductas a seguir con el paciente requieren quedar estipuladas en la ficha clínica, ser comunicadas y consultadas al paciente. Resulta confuso entender la falta de un registro que estipule claramente las razones de un traslado y sus posibles consecuencias, además este registro debe expresar los deseos del paciente-familia, haciéndolos participes y responsables de las decisiones tomadas, entendiéndose por responsabilidad, el comprender la finalidad, beneficios y riesgos de las alternativas del tratamiento médico (Goldworth, 2010).

Información sobre la existencia de documentos que avalen un consentimiento informado en situaciones específicas como los traslados extra-hospitalarios, se encontró solo en México y EEUU, en cambio en lugares como: España, existe la ley "*reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*", promulgada en el año 2002. Argentina cuenta desde el año 2009 con la ley 26529 de "derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado".

El resto de América latina, al igual que Chile, solo presenta propuestas sobre la ley de derechos del paciente, y la necesidad de consentimiento informado.

En los países que presentan por ley la obligación de un consentimiento informado, la firma del consentimiento es en primera instancia deber del paciente y solo si existe incapacidad, se solicita consentimiento a la familia.

Si bien no existen leyes en Chile que obliguen la firma de un consentimiento informado, existe el deber de actuar con ética, además la profesión de Enfermería tiene como función legal, la gestión del cuidado, que incluye el compromiso ético de respeto por la persona. Gestionar cuidado requiere conocer los sentimientos del otro y acompañarlo (Rivera, 2004).

La enfermera debe velar por el cuidado del paciente, que incluye ser partícipe de la información que se le otorgó,

respetando y facilitando las decisiones tomadas por el enfermo (Arratia, 2000).

Referencias

1. Arratia A. Ética y educación para la salud. Cuadernos de Bioética 2000;70(2):210-234. ↑
2. Arratia A. Bioética y toma de decisiones en enfermería. Cuadernos de Bioética 1999;39:512-521. ↑ | [Link](#) |
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press 2009:101-133. ↑
4. Rovira R. Perspectivas de la acción humana / Urbano Ferrer Santos: reseña bibliográfica. Daimon 1991;3. ↑
5. Galán J. Servicios de Urgencia y consentimiento informado. En tribuna del comité de ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 2005. ↑
6. Goldworth A. A Suggested Change in the Informed Consent Procedure. Cambridge Quarterly of Healthcare 2010;19:258-260. ↑ | [CrossRef](#) |
7. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Bioética para Clínicos 2001;117:18-23. ↑ | [Link](#) |
8. León FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. Biomedicina 2006;2(3):257-260. ↑ | [Link](#) |
9. León FJ. Fundamentos de la Bioética. Cuadernos de Bioética 1991;12:5-22. ↑
10. Martín N. Dilemas Éticos en la práctica Clínica. Documentos de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 1996;7:41-50. ↑
11. Requena P. Dignidad y Autonomía en la Bioética Norteamericana. Cuadernos de Bioética 2008;19:255-270. ↑ | [Link](#) |
12. Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) (Chile) Estadísticas de traslado, 2005. ↑ | [Link](#) |
13. Ventura P. La relación médico-paciente. Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad 2001;5:62-66. ↑
14. Villalobos H. Algunos Aspectos de la Legislación Penal en Relación al Acto Médico. IUS publicum / Universidad Santo Tomás, Escuela de Derecho. (Santiago, Chile). 2002;8:91-105. ↑
15. Zarate R. La gestión del cuidado de enfermería. Índice de Enfermería 2004;13(44). ↑ | [CrossRef](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.