

CONOCIMIENTO RESPECTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL ÁREA QUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL EN CHILE

KNOWLEDGE OF INFORMED CONSENT IN SPECIALISTS FROM THE SURGERY DEPARTMENT OF A HOSPITAL IN CHILE

CONHECIMENTO SOBRE O CONSENTIMENTO INFORMADO EM MÉDICOS ESPECIALISTAS DA ÁREA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL NO CHILE

Solange Reyes-Guzmán¹
Carlos Alberto Fernández-Silva²

RESUMEN

La ley de derechos y deberes de los usuarios en salud, promulgada en Chile en 2012, ha llevado a posicionar el proceso de consentimiento informado como un aspecto importante para el respeto de su autonomía. Por este motivo, resulta pertinente evaluar los conocimientos que tiene el personal médico respecto de esta temática, especialmente en el área quirúrgica. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo en 90 médicos especialistas del área quirúrgica en un hospital público de alta complejidad, a quienes se les aplicó un cuestionario para evaluar sus conocimientos sobre el consentimiento informado. Se encontró que el 76,6% de los encuestados tenía un nivel de conocimiento deficiente, lo cual crea un escenario en el que se pueden vulnerar los derechos de los usuarios.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS): consentimiento informado; conocimiento; autonomía personal; respeto; médicos; servicio de cirugía en hospital.

DOI: 10.5294/pebi.2021.25.1.6

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Reyes-Guzmán S, Fernández-Silva CA. Conocimiento respecto del consentimiento informado en médicos especialistas del área quirúrgica de un hospital en Chile. *Pers Bioet.* 2021; 25(1): e2516. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.6>

- 1 <https://orcid.org/0000-0001-7941-6241>. Servicio de Salud del Reloncaví, Chile.
- 2 ✉ <https://orcid.org/0000-0002-3610-7577>. Universidad de Los Lagos, Chile. carlosalberto.fernandez@ulagos.cl

RECEPCIÓN: 20/10/2020

ENVÍO A PARES: 11/11/2020

APROBACIÓN POR PARES: 21/01/2021

ACEPTACIÓN: 21/01/2021

ABSTRACT

The Patients' Rights and Duties Act, promulgated in Chile in 2012, has made the informed consent process a critical step to respect the patient's autonomy. It is then relevant to test health workers' knowledge of the subject, especially in the surgery department. We carried out a quantitative study on 90 specialists from the surgery department in a public tertiary hospital, to whom a questionnaire was administered to test their knowledge of informed consent. We found that 76.6% of the respondents have a low level of knowledge, creating a setting in which patients' rights can be violated.

KEYWORDS (SOURCE: DECS): Informed consent; knowledge; personal autonomy; respect; physicians; hospital surgery department.

RESUMO

A lei de direitos e deveres dos usuários em saúde, promulgada no Chile em 2012, tem posicionado o processo de consentimento informado como aspecto importante para o respeito de sua autonomia. Por esse motivo, é pertinente avaliar o conhecimento que a equipe médica tem sobre essa temática, especialmente na área cirúrgica. Foi realizado estudo quantitativo com 90 médicos especialistas da área cirúrgica em um hospital público de alta complexidade, aos quais foi aplicado questionário para avaliar seu conhecimento sobre o consentimento informado. Foi constatado que 76,6 % dos entrevistados tinham nível de conhecimento deficiente, o que cria um cenário no qual podem ser violados os direitos dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): Consentimento livre e esclarecido; conhecimento; autonomia pessoal; respeito; médicos; centro cirúrgico hospitalar.

INTRODUCCIÓN

La Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios en el contexto de la atención de salud, promulgada en Chile en 2012 (1), ha posicionado la dignidad como un aspecto fundamental en el actuar cotidiano de los profesionales sanitarios, lo que se ha visto reflejado en acciones como la entrega de información respecto de su situación de salud, pronóstico y tratamiento, además del fomento de su autonomía a través del respeto hacia la toma de decisiones informadas.

En este escenario, los usuarios adquieren un rol activo, ya que sus decisiones invitan al profesional de salud a comprender sus posturas, las cuales reflejan lo que consideran pertinente para su vida y su salud. Para que este proceso sea exitoso, se requiere de una intencionalidad dialógica que invita a reconocer el contexto en el cual se comunican las personas en la actualidad, y el reconocimiento de la autogestión corporal alejada de posibles temores y deseo de control, que son reflejo de las dinámicas estatales, y que llevan al paternalismo que tradicionalmente ha acompañado la interacción entre los profesionales de la medicina y sus usuarios (2-5).

El reconocimiento de la autonomía se ha visto influenciado por la ética de la investigación en seres humanos, desde la cual se empezó a contemplar el respeto por los sujetos como participantes de investigaciones, tal como se consignó en el Código de Nüremberg de 1947, lo que permeó posteriormente en forma explícita la atención sanitaria (6,7).

En la actualidad, uno de los procesos en los cuales se refleja el respeto por los sujetos como parte de la calidad de la atención en salud está representado por el con-

sentimiento informado, el cual requiere por parte del médico, además de conocimientos científico-técnicos, la incorporación de aspectos legales y contar con competencias comunicativas que, desde la formación universitaria, faciliten la escucha activa y el desarrollo del lenguaje escrito y verbal en el contexto de las características de los usuarios, evitando la influencia de posturas personales o institucionales que puedan llevar a la coacción (8-10).

Es de mencionar que, en la actualidad, en Chile se ha mejorado la oportunidad y el acceso de los usuarios en determinadas patologías, lo cual ha sido posible gracias al avance tecnológico y al aumento de la cobertura obligatoria a través de Garantías Explícitas en Salud (GES), estrategia que hace parte de la reforma sanitaria, y que junto con las políticas de aseguramiento de calidad en salud, han llevado a la necesidad de implementar el consentimiento informado como parte indispensable de la prestación de servicios, pese a que, a juzgar por la legislación vigente, su foco está centrado en la existencia del documento más que en el proceso como tal, lo que ha permitido entrever una problemática necesaria de abordar (11-15).

Se reconoce, entonces, la importancia del proceso de consentimiento informado en todo ámbito de atención sanitaria, el cual adquiere una especial connotación en el ámbito quirúrgico, debido a que las condiciones de salud de los usuarios/as los posicionan en una situación de vulnerabilidad ante el desconocimiento de los procedimientos de tipo anestésico y quirúrgico que se le llevarán a cabo, y que pueden representar riesgos adicionales para su salud, debido a eventos adversos y no deseados como consecuencia de estos. Por este motivo, se requiere de un proceso educativo en el que se verifique el contar con el conocimiento suficiente que le permita al usuario/a tomar decisiones libres frente a su salud (16-18).

Por tal razón, la presente investigación se trazó como objetivo general analizar el conocimiento del personal médico especialista que se desempeña en el área quirúrgica respecto del consentimiento informado en un hospital público del sur de Chile, según perfil personal y profesional. Como objetivos específicos se buscó establecer su perfil personal, profesional y de formación en bioética, para posteriormente determinar su nivel de conocimientos respecto del consentimiento informado y, finalmente, vincular el nivel de conocimiento con el perfil evidenciado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: cuantitativo, de corte transversal y con análisis descriptivo.

Población de estudio y tamaño de la muestra: para la investigación se consideró el total de la población de médicos especialistas que se desempeñan en el área quirúrgica de un hospital público ubicado en la zona sur de Chile, teniendo en cuenta que es el grupo de profesionales que se enfrenta en forma cotidiana a la aplicación del consentimiento informado en usuarios con fines quirúrgicos de diagnóstico o terapéuticos. El universo de médicos fue de 116, se realizó un muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95 % y margen de error del 5 %, con una muestra de 90 participantes.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron médicos especialistas que se desempeñan en el área quirúrgica de la institución, como contratistas o titulares, y que ejercen sus funciones en forma activa tanto en el área asistencial como administrativa, independiente

del cargo jerárquico. Se excluyeron aquellos que se encuentren bajo sanciones administrativas o sumarias relacionadas con sus labores asistenciales, aquellos que estaban cursando alguna licencia médica o cualquier otra situación por la cual no se encuentren laboralmente activos en la institución.

Procedimientos y métodos de recolección de datos: previa autorización por parte de la dirección del Hospital y de la aprobación del Comité Ético Científico de la Universidad Central de Chile, se desarrolló el proceso de consentimiento informado, el cual concluyó con su firma por parte del participante, investigador/a y ministro de fe. Se contó con el total de los invitados a participar en el estudio, a quienes se les solicitó responder un instrumento que en su parte inicial constaba de preguntas de tipo sociodemográfico y profesional y, posteriormente, contenía preguntas relacionadas con el consentimiento, tomando las formuladas en 2001 por Herrero, Reyes, Gómez y Donat, *et al.* (19). Dicho instrumento consta de 12 preguntas dirigidas a pacientes y 12 dirigidas a médicos, de este último grupo se seleccionaron 7 de ellas, las cuales abordan directa o indirectamente el conocimiento sobre el tema.

Para la interpretación general del conocimiento se tuvo en consideración el siguiente puntaje: 0 a 4 respuestas correctas: conocimiento deficiente, 5 a 6 respuestas correctas: conocimiento satisfactorio, 7 respuestas correctas: conocimiento óptimo.

Cada una de las preguntas se interpretó de acuerdo con la siguiente orientación:

Pregunta 1: ¿Considera necesario obtener el consentimiento de un paciente para la realización de un

procedimiento diagnóstico y/o terapéutico? Presentaba como opciones de respuesta: Siempre, frecuentemente, ocasionalmente y nunca, se consideró como correcta la respuesta “siempre”.

Pregunta 2: ¿Quién considera que es el responsable de la redacción del documento? Tenía como opciones de respuesta: director, jefe de servicio, médico, unidad administrativa, comité de ética/bioética y otros; se consideró como correcta la última opción, o cuando en otros se incluía, además del comité de ética/bioética, al equipo de especialistas.

Pregunta 3: ¿Ofrece habitualmente al paciente más explicaciones que las aportadas en el documento? Presentaba las mismas opciones de respuesta que la pregunta 1, y se consideraron los mismos parámetros para su interpretación.

Pregunta 4: ¿Quién entrega el documento al paciente? Se registraron como opciones: médico, enfermera, indistintamente, otra persona; se consideró como correcta la primera opción.

Pregunta 5: ¿Cómo se realiza el proceso? Se dieron tres opciones de respuesta: lo lee el médico/enfermera, lo lee el paciente y mediante diálogo; se consideró como correcta la última respuesta.

Pregunta 6: ¿De cuánto tiempo dispone el paciente desde la entrega del documento hasta su firma? Las opciones de respuesta eran: menos de 5 minutos, de 5 a 10 minutos, de 10 a 30 minutos, horas o días, o lo que necesite; se consideró como correcto este último parámetro.

Pregunta 7: ¿Cuál cree que es el objetivo primordial del documento de consentimiento informado? Presentaba como opciones: protección de los derechos del médico, protección de los derechos de los pacientes, facilitar al profesional la explicación del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico o cumplir con un requisito del hospital; se consideró como correcta la segunda opción de respuesta.

Variables: se establecieron como variables el nivel de conocimiento respecto del consentimiento informado y aquellas pertenecientes al perfil profesional.

Análisis de datos: la información recabada se ingresó a una planilla de Excel para posteriormente analizarla mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.

Consideraciones éticas: la investigación fue aprobada por el Comité Ético Científico de la Universidad Central de Chile, e incluyó el reconocimiento de la legislación vigente en el contexto del país para el desarrollo de investigaciones en seres humanos y garantía del derecho a la privacidad, además de las normativas internacionales relacionadas con la materia (20,21).

RESULTADOS

Los médicos participantes se caracterizaron por ser en su mayoría del género masculino (91,1%), adultos (96,7%), con experiencia igual o mayor a 6 años (90%), y un 70% se desempeñaba en especialidades como cirugía general de adulto e infantil, anestesiología, traumatología adulto e infantil y ginecología, y un 83,3% se dedicaba a labores asistenciales (tabla 1). Es de resaltar que la mayoría refirió no contar con formación en bioética, condición que alcanzó el 78,9%.

Tabla 1. Perfil de los médicos participantes

Variable	Frecuencia	%
Género		
Hombre	82	91,1
Mujer	8	8,9
Edad		
< 36 años	17	18,9
36-45 años	30	33,3
46 a 55 años	23	25,6
56 a 65 años	17	18,9
> 65 años	3	3,3
Tiempo de experiencia		
< 1 año	2	2,2
1 a 5 años	7	7,8
6 a 10 años	15	16,7
11 a 20 años	23	25,6
más de 20 años	43	47,8
Área de desempeño		
Administrativa - jefatura	15	16,7
Staff médico	75	83,3

Fuente: elaboración propia.

Al evaluar los conocimientos respecto del proceso de consentimiento informado, se identificó que la mayoría (76,6%) poseía conocimientos deficientes; aspectos como el desconocimiento frente a la responsabilidad en la redacción del documento de consentimiento informado, el tiempo que dispone el paciente desde la entrega hasta la firma de este y el objetivo primordial del documento fueron los aspectos más deficientes (tabla 2).

Tabla 2. Conocimiento por ítems evaluados

Pregunta	Frec	%
Pregunta 1: ¿Considera necesario obtener el consentimiento de un paciente para la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico?		
Correcta	81	90
Incorrecta	9	10
Pregunta 2: ¿Quién considera que es el responsable de la redacción del documento?		
Correcta	24	26,7
Incorrecta	66	73,3
Pregunta 3: ¿Ofrece habitualmente al paciente más explicaciones que las aportadas en el documento?		
Correcta	78	86,7
Incorrecta	12	13,3
Pregunta 4: ¿Quién entrega el documento al paciente?		
Correcta	65	72,2
Incorrecta	25	27,7
Pregunta 5: ¿Cómo se realiza el proceso?		
Correcta	61	67,8
Incorrecta	29	32,2
Pregunta 6: ¿De cuánto tiempo dispone el paciente desde la entrega del documento hasta su firma?		
Correcta	24	26,7
Incorrecta	66	73,3
Pregunta 7: ¿Cuál cree que es el objetivo primordial del documento de consentimiento informado?		
Correcta	44	48,9
Incorrecta	46	51,1

Fuente: elaboración propia.

Al analizar el vínculo existente entre el nivel de conocimiento según rango de edad, se evidenció que el conocimiento fue deficiente en el total de los médicos de más de 65 años, con poca diferencia respecto de este hallazgo entre los diferentes grupos etarios. Es de destacar que en el rango de 56 a 65 años se apreciaron conocimientos entre satisfactorios y óptimos que alcanzaron el 41,2 % (tabla 3).

Tabla 3. Vínculo entre nivel de conocimiento y rango de edad

		Rango edad				
		< 36 años n = 17	36 - 45 años n = 30	46 a 55 años n = 23	56 a 65 años n = 17	> 65 años n = 3
Conocimiento	Deficiente	70,5	86,6	78,2	58,8	100
	Satisfactorio	29,5	13,4	21,8	35,3	0
	Óptimo	0	0	0	5,9	0
Total		100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

El análisis del conocimiento en relación con el tiempo de experiencia laboral permitió establecer que, en la población evaluada, entre mayor es el tiempo de experiencia laboral, hay más tendencia hacia el desconocimiento (figura 1).

La mayoría de los participantes refirió que no habían tenido formación en bioética en los últimos cinco años, sin embargo, entre quienes refirieron que sí la habían tenido, se pudo apreciar el predominio de conocimiento deficiente frente al proceso de consentimiento informado (tabla 4).

Figura 1. Vínculo entre nivel de conocimiento y tiempo de experiencia laboral

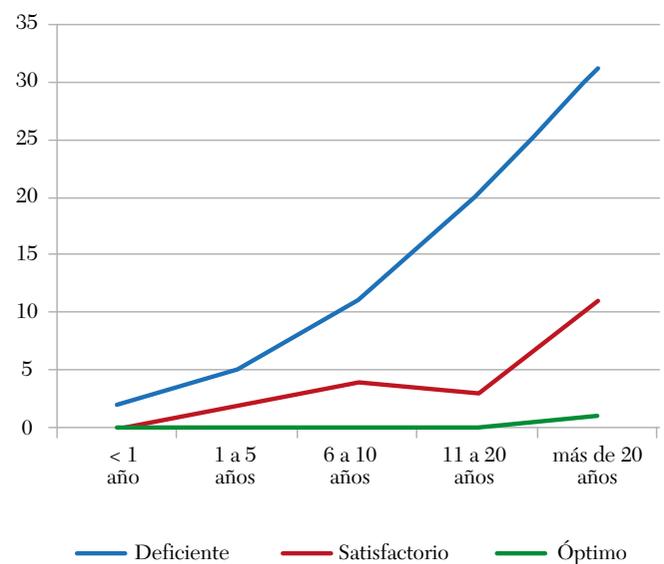


Tabla 4. Vinculación entre nivel de conocimiento y formación en bioética

		Formación en bioética		Total Frec.
		Sí Frec.	No Frec.	
Conocimiento	Deficiente	14	55	69
	Satisfactorio	4	16	20
	Óptimo	1	0	1
Total		19	71	90

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados correspondientes al perfil de los médicos participantes son similares a los evidenciados en otras investigaciones; no obstante, la relación entre variables del perfil y el nivel de conocimientos como el observado en esta investigación, no han sido relevantes en dichas publicaciones (22, 23).

En investigaciones en las cuales se ha abordado la temática del consentimiento informado se ha evidenciado que los médicos reconocen que este se relaciona con el respeto de la autonomía que tiene el paciente y lleva a mejorar la comunicación, sin embargo, en el presente estudio se pudo apreciar que existe poca claridad en aspectos relacionados con el objetivo que tiene este proceso y el tiempo que se destina para su realización.

La mayoría de los participantes identificaron que el proceso de consentimiento informado debe ser iniciado por el médico, y algunos de ellos refirieron que lo podría hacer otro profesional, lo que es una percepción inadecuada si se considera que en particular en áreas quirúrgicas, es el médico encargado de la realización del procedimiento quien puede aclarar las dudas que los pacientes tengan sobre el mismo, lo cual se distancia de la práctica centrada en la obtención de la firma del documento (24).

En consideración de lo anterior, es pertinente mencionar que además del proceso de comunicación verbal, se requiere que los profesionales médicos lideren y participen en la redacción del documento de consentimiento informado con el fin de otorgar la claridad necesaria que facilite la comprensión de los usuarios; asimismo, se deben tener presentes características que, como las

sociodemográficas, puedan afectar el mismo; estos aspectos se han identificado como focos importantes de abordaje en relación con esta temática (24-28).

Es de mencionar que la falta de actualización en temáticas relacionadas con aspectos éticos requiere posicionarse como una necesidad, tal como se evidencia en otras temáticas asistenciales de tipo biomédico, con lo cual se contribuiría al abordaje humanista y de otras habilidades no técnicas, en coherencia con el modelo biopsicosocial declarado como paradigma sanitario en el país (29,30).

Limitaciones: la metodología empleada para el desarrollo de esta investigación limita el extrapolar los datos a otras poblaciones, no obstante, en consideración de la muestra, se puede establecer una aproximación importante a la realidad de la población evaluada. Se sugiere el desarrollo de investigaciones de tipo mixto en las cuales se desarrollen metodologías cualitativas o cuantitativas de tipo correlacional.

CONCLUSIONES

El desconocimiento evidenciado por parte del personal médico encuestado respecto del proceso de consentimiento informado crea un escenario a partir del cual se vuelve factible la vulneración de los derechos de sus usuarios, lo que afecta principalmente su autonomía y, por ende, su dignidad.

Se hace necesario que las instituciones de salud incluyan en sus programas de capacitación esta temática, además de aspectos relacionados con los marcos jurídico, filosófico y antropológico sobre los cuales se debería instaurar la relación profesional de salud-usuario/a, que permita fomentar vínculos de confianza desde los que se posibilite el respeto frente a la toma de decisiones informadas.

Conflicto de intereses: el presente trabajo es producto de la investigación llevada a cabo por Solange Reyes Guzmán en el contexto de su formación de magíster en Bioética Social y Salud Pública de la Universidad Central de Chile, en la que contó con la asesoría de Carlos Alberto Fernández quien, bajo la autorización y colaboración de la autora, realizó la redacción del presente manuscrito.

Agradecimientos: al doctor en Filosofía y Letras, Francisco León Correa, director del magíster en Bioética Social y Salud Pública de la Universidad Central de Chile, por las orientaciones durante el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS

1. Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Publicada: 24 de abril de 2012, última versión: 27 de julio 2019.
2. Kottow M. El consentimiento informado en clínica: inquietudes persistentes. *Rev Méd Chile*. 2016;144(11):1459-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001100012>.
3. Santana Ramos EM. El paternalismo a debate. *Direito da Cidade*. 2016;8(3):886-907. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/rdc.2016.22338>
4. Sevilla González M de la L, Álvarez Licona NE. Retos de la ética médica y bioética frente al desarrollo biotecnológico. El cuerpo y la autonomía: consideraciones para la intervención clínica y la investigación en salud con sujetos humanos en México. *Revista extremeña de ciencias sociales*. 2019;11:73-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6943406>
5. González Quintana C. La relación médico-paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria. *Revista Conamed*. 2016;21:3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79669>
6. Hernández MJ, Iriarte E, Piña F, Valdés C. Aspectos éticos del consentimiento informado: tópico fundamental en la investigación a lo largo de la historia. *Horiz Enferm*. 2017;28(1):61-73. Disponible en: <http://ojs.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12206>
7. Karchmer S. Ética e investigación. *Ginecol Obst Méx*. 2016;84(10):15-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73302>
8. Obarrio JA, Masferrer A. Expresión oral y proceso de aprendizaje: la importancia de la oratoria en el ámbito universitario. Madrid: Dykinson; 2013.
9. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. *Educ Med Sup*. 2018;32(1):130-40. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1188/614>
10. Fonseca MO, Robayo DL, Vergel J, Quintero G. El nuevo trívium en la formación médica más allá de la comunicación médico-paciente. *Educ Med Sup*. 2017;31(4):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400018
11. Ministerio de salud. Decreto 38. Aprueba Reglamento sobre Derechos y Deberes de las Personas en relación a las actividades vinculadas a su atención de Salud. Santiago, Chile. Fecha de promulgación: 17/07/2012, fecha de publicación: 26/12/2012, inicio vigencia: 26/12/2012.
12. Ministerio de Salud. Decreto 31. Aprueba reglamento sobre la entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. Santiago, Chile, Fecha de promulgación: 15/06/2012, fecha de publicación: 26/11/2012, inicio vigencia: 26/11/2012.
13. Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H. La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública Mex*. 2016;58(5):514-21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69005>

14. Castillo-Sepúlveda J, Espejo M, Tapia J, Catalán M, Toro J, Gálvez M. Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud. *Psicoperspectivas*. 2017;16(3):6-16. Disponible en: <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1069>
15. Monasterio Irazoque H. Una nueva generación de reformas en salud. *Cuad Méd Soc*. 2018;58(1):917. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-42840>
16. Vera Carrasco O. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Rev Méd La Paz*. 2016;22(1):59-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010&lng=es
17. De la Cruz YL, Pérez Machado LB, Zurbano Fernández J. Algunas reflexiones acerca de la práctica del consentimiento informado en la cirugía cardiovascular cubana. *Medicent Electrón*. 2018;22(1):67-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000100009
18. Rolle A, Vargas C, Paredes S, López R. Evaluación de competencia de pacientes antes de la cirugía. *Rev Chil Cir*. 2017;69(5):359-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.03.008>
19. Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Rev Calid Asis*. 2001;16(8):706-13. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(01\)77452-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(01)77452-0)
20. Ley 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Santiago, Chile, 22 de septiembre de 2006.
21. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con los seres humanos. 4 ed. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
22. Zavala S, Sogi C, Delgado A, Cárdenas M. Consentimiento informado en la práctica médica: factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. *Anales Facultad de Medicina*. 2010;71(3):171-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300006
23. García Cañete IM, Enamorado Anaya AR. Consentimiento informado en la práctica médica asistencial. Reflexiones, conocimiento y aplicación. *ROCA*. 2020;16:380-9. Disponible en: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/1492>
24. Rodríguez JE, Taberner MJ, Rodríguez MS. Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España). *Cuad Bioét*. 2018;29(95):69-79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/875/87554503005/html/index.html>
25. López-Picazo JJ, Tomás-García N. Evaluation and improvement of the comprehension of informed consent documents. *Cir Esp*. 2016;94(4):221-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2016.03.014>
26. López-Picazo JJ, Tomás-García N, Ros Abellán MP. ¿Pero alguien entiende los consentimientos informados? Una propuesta para facilitar su comprensión. *Rev Calid Asist*. 2016;31(4):182-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.003>
27. Mellado JM. Autonomía, consentimiento y responsabilidad. Parte II. El consentimiento informado en la medicina asistencial y en la jurisprudencia. *Radiología*. 2016;58(6):427-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2016.06.010>
28. García-García EM, Sánchez-Sabater B, Medrano-Morte I, Luna-Maldonado A. Determinantes sociodemográficos de la comprensión de la información clínica en pacientes hospitalizados intervenidos de cirugía traumatológica. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2019;63(5):355-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2019.04.001>
29. Echeverri LB, García JH, Barreneche JG. Diseño de modelo de capacitación en procesos asistenciales relacionados con dispositivos médicos. *Revista Ingeniería Biomédica* 2016;10(20):27-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.24050/19099762.n20.2017.1070>
30. Navarro SF, González CS, Gabrielli NM. Evaluación de las habilidades no técnicas en cirugía. *Rev Cirugía*. 2019;71(4):359-65. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492019000400359