Acta Bioethica 2023; 29(1): 55-62

PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE CLÍNICOS SOBRE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DURANTE EL PROCESO DE TOMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, ECUADOR

Luis Francisco Gonzaga Troya[1], Anderson Díaz-Pérez[2]

Resumen: La forma como el clínico percibe al paciente y sus conocimientos sobre el consentimiento informado (CI) se reflejan en prácticas de respeto hacia el paciente, con relación a su autonomía y privacidad, desde un marco ético, deontológico y legal. El objetivo fue analizar las percepciones y prácticas de cirujanos en relación con el respeto de la autonomía del paciente durante el proceso de toma del CI en un hospital de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador. Metodología Cualitativa. La muestra fue por saturación, aplicando una entrevista semiestructurada. Los datos se analizaron por medio del programa Atlas Ti 8.0®, utilizando rastreo de categorías estructuradas. La mayoría de los médicos asume el consentimiento como un documento legal y obligatorio, por el miedo a procesos sancionatorios. Además, suele delegar su responsabilidad a otros profesionales, desconociendo componentes estructurales y éticos de la toma del consentimiento informado. Concluimos que la falta de conocimiento sobre CI lleva a percepciones y, por ende, a prácticas que vulneran la autonomía y la confidencialidad, además del respeto de recibir la información por parte del clínico que realiza la intervención.

Palabras clave: consentimiento informado, relación médico-paciente, autonomía, percepciones, prácticas, privacidad, respeto.

Perceptions and practices of clinicians on the autonomy of the surgical patient during the process of taking informed consent. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador

Abstract: The way in which the clinician perceives the patient and his knowledge about informed consent (IC) are reflected in practices of respect for the patient, in relation to their autonomy and privacy from an ethical, deontological and legal framework. Objective. Analyze the perceptions and practices by surgeons in relation to the respect of the autonomy of the patient during the process of taking the IC in a hospital in the city of de Santo Domingo de los Tsáchilas / Ecuador. Methodology. Cualitattivo. The sample was by saturation applying a semi-structured interview. The data were analyzed using the Atlas Ti 8.0 ® program using structured category tracking. Result. Most doctors take consent as a legal and mandatory document, for fear of sanctioning processes. In addition, they usually delegate their responsibility to other professionals ignoring structural and ethical components of taking informed consent. Conclusion. It is evident that the lack of knowledge about IQ leads to perceptions, and therefore, to practices that violate autonomy and confidentiality, in addition to the respect of receiving information from the clinician who performed the intervention.

Key words: Informed consent, doctor-patient relationship, autonomy, perceptions, practices, privacy, respect

Percepções e práticas dos clínicos sobre a autonomia do paciente cirúrgico durante o processo de consentimento informado. Santo Domingo de los Tsáchilas, Equador

Resumen: A forma como o médico percebe o paciente e seus conhecimentos sobre o consentimento informado (IC) se refletem nas práticas de respeito ao paciente, em relação à sua autonomia e privacidade a partir de um arcabouço ético, deontológico e jurídico. Objetivo. Analise as percepções e práticas dos cirurgiões em relação ao respeito à autonomia do paciente durante o processo de tomada do IC em um hospital na cidade de Santo Domingo de los Tsáchilas/Equador. Metodologia. Qualitativo. A amostra foi por saturação aplicando uma entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Atlas Ti 8.0 ® utilizando rastreamento estruturado de categorias. Resultado. A maioria dos médicos toma o consentimento como documento legal e obrigatório, por medo de sancionar processos. Além disso, eles geralmente delegem sua responsabilidade a outros profissionais ignorando componentes estruturais e éticos de obter consentimento informado. Conclusão. É evidente que a falta de conhecimento sobre o QI leva a percepções e, portanto, a práticas que violam autonomia e confidencialidade, além do respeito ao recebimento de informações do médico que realizou a intervenção.

Palavras-chave: co nsentimento informado, relacionamento médico-paciente, autonomia, percepções, práticas, privacidade, respeito

[1] Facultad Eclesiástica de Ciencias Filosóficas – Teológica, Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Quito, Ecuador, luisfra67@hotmail.com, ORCID: 0009-0001-9464-2893.

[2] Facultad Eclesiástica de Ciencias Filosóficas - Teológica, Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Quito, Ecuador. Facultad Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena de Indias, Bolívar, Colombia. Dpto. de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Atlántico, Colombia, ander2711@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2448-0953

Introducción

Una cirugía siempre invade, a través del cuerpo, la intimidad del ser humano; no hay manera de evitarlo, aunque la gravedad de esta invasión puede ser disminuida cuando los clínicos tienen una visión íntima de sus pacientes*(1)*. Para lograr la empatía del paciente el clínico debe siempre brindar una información clara, sencilla y completa, es decir, ajustada a la gravedad y condición del paciente, incluso el estado emocional de la familia lo cual está relacionado con el tipo de relación médico-paciente*(2,3)*, desde un proceso de comunicación asertivo, efectivo o terapéutico*(4,5)*. Sin embargo, tanto los médicos como los pacientes viven sus propias circunstancias y contextos, sus propios problemas y miedos; y esto provoca que haya errores y equivocaciones que repercutirán en sus palabras, gestos, actitudes, etcétera, cuando explique el procedimiento que se va a seguir y se pida al paciente la firma en un documento en el cual da su aprobación para que el médico pueda proceder (6-8). El paciente, por su parte, se ve enfrentado a un ambiente desconocido que puede resultar hostil, con personal desconocido y que siempre muestra prisa por ir a algún lado o por explicar lo más sucintamente posible los procedimientos a seguir*(9,10)*. Además de esto, el paciente se enfrenta a algo no menos confuso y desconcertante: el dolor que puede sentir y un lenguaje que no comprende, sobre todo si se trata de un menor*(11)*.

Para autores como Herrera, el consentimiento informado utilizado por el Sistema Nacional de Salud del Ecuador es deficiente en la aplicación de los principios de voluntariedad, información y comprensión, requisitos de fondo, lo que no permite poner en práctica los derechos de médicos y pacientes o sus representantes, y, en gran medida, hace que el consentimiento informado no cumpla con su propósito: que el paciente acepte un procedimiento médico una vez que ha sido debidamente informado, para tomar una decisión autónoma*(12)*. Por otro lado, otros estudios mostraron que los médicos menores de 35 años tuvieron más aciertos en los conocimientos sobre el consentimiento informado, con el 69,2%, también el mayor puntaje de aciertos de actitudes y prácticas con el 83,3%. El menor puntaje lo obtuvieron los médicos mayores de 65 años, tanto en el conocimiento (43,3%) como en actitudes y prácticas (70%)*(13)*. Para respetar al paciente, es necesario que el proceso se lleve conjuntamente entre él y el médico, ya que son quienes están directamente involucrados en conseguir el bienestar necesario para que el paciente alcance su proyecto vital. El médico no puede decidir e imponer, por sí solo, lo que sea más conveniente para el paciente; el paciente no puede decidir a ciegas sobre su salud y las consecuencias para su vida. La relación médico-paciente es un proceso de comunicación que culmina con la firma del consentimiento informado. Sin embargo, la realidad ecuatoriana demuestra que este documento se ha convertido en una manera de evadir problemas legales*(14,15)*, una pérdida de tiempo y, en otros casos, se desconocía la normativa, entre otros factores*(6,9,10,16,17)*.

Ante esta realidad, el presente estudio se enfoca en analizar las prácticas y los conocimientos que tienen los médicos y como propenden por salvaguardar la autonomía del paciente quirúrgico.

Materiales y métodos

En la investigación se utilizó la metodología cualitativa analítica. Asimismo, se partió de la dinámica del interaccionismo simbólico planteada por Blumer*(18)*, la cual destaca que las personas se comportan con otras personas en función de los significados que les otorguen.

Se entrevistó a 29 de 76 cirujanos, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. Además, los 29 clínicos mostraron, al momento de escucharlos, una diversidad de ideas y con cada entrevista después de la entrevista 25 no aparecieron otros elementos relacionados con las categorías de análisis, tales como: percepciones, prácticas, conocimientos, principios de la bioética, relación médico-paciente, consentimiento informado, etcétera.

El instrumento utilizado fue la entrevista individual semiestructurada, en cuya primera parte se solicitaba información general de los participantes y, seguidamente, contenía veintidós preguntas específicas sobre el CI. Para el plan de análisis se utilizó el programa Atlas ti 8.0®. Se

realizó la técnica de reducción y categorización, es decir, para analizar los datos obtenidos, primero se identificaron patrones y temas para luego agruparlos; luego se categorizaron los datos y se codificó la información según lo pertinente y significativo suministrado por los clínicos. A cada participante se le asignó un código para mantener su anonimato, evitando así futuras retaliaciones. Para salvaguardar el principio de confidencialidad los clínicos firmaron el CI, autorizando que sus voces se registren por escrito o de manera magnetofónica. La investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y luego se obtuvo el permiso del hospital participante.

Resultados

De los médicos entrevistados, el 65,5% son mujeres y solamente el 31% ha recibido formación en bioética. Es interesante observar que este mismo porcentaje de mujeres describe metodologías para abordar el consentimiento informado como un proceso de comunicación, y los hombres mostraron, en un 58,62% metodologías de comunicación para la toma del consentimiento informado (ver tabla 1).

Asimismo, la edad promedio de los clínicos que contestaron se encuentra alrededor de los 39 años, con un promedio de experiencia de 10 a 11 años (ver tabla 2).

Un 51,72% de especialistas en ginecología-obstetricia contestaron la entrevista, seguidos de los cirujanos generales en un 27,59% (ver tabla 3).

Doce (12) de los médicos o clínicos entrevistados respondieron que es un documento, seguido que es una autorización, pero no describen de qué, y tampoco cómo fortalece la autonomía del paciente (sver tabla 4), como lo confirma la siguiente voz:

Cirujano General: [4:55 – 5:10]- "*Si me preguntan de manera normal, nada más que un documento desde el punto de vista legal y ético, que permite la información, la ejecución y la revalidación de una información previa acerca de un proceder que se va a hacer en un paciente".*

Tabla 1. Información de participantes

	Sexo.	Formación adicional en Bioética		Formación en procesos de comunicación		Metodologías con pacientes que no entendieron	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Femenino	10 (34,5)	9 (31,03)	1 (3,45)	8 (27,58)	2 (6,90)	9 (31,03)	1 (3,45)
Masculino	19 (65,5)	9 (31,03)	10 (34,49)	18 (58,62)	2 (6,90)	17 (58,62)	2 (6,90)

n: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 2. Información de los participantes por edad y por años de experiencia clínica

	Edad de los médicos n (%)	Años de experiencia clínica n (%)
Recuento	23 (79)	29 (100)
Promedio	39,3913%	10,5172%
Mínimo	29 años	2 años
Máximo.	59 años	31 años

n: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 3. Distribución de los médicos participantes por especialidad	
Especialidad	n (%)
Recuento	29
Cirujanos Generales	8 (27,59)
Cirujanos Plásticos	1 (3,45)
Ginecólogos	15 (51,71)
Traumatólogos	2 (6,90)
Cirujanos Vasculares	2 (6,90)
Cirujano Dermatóloga	1 (3,45)

n: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 4. Conceptos que tienen los médicos sobre el CI	
El CI es:	Médicos con esta opinión:
Documento.	12
Autorización	8
Procedimiento	2
Información	2
Permiso	1
Derecho	1
Mecanismo legal	1
Herramienta	1
Expresión de voluntad	1
Total.	29

Con relación a la pregunta ¿En qué caso se puede omitir el CI? El 100% afirmó que solo en emergencias.

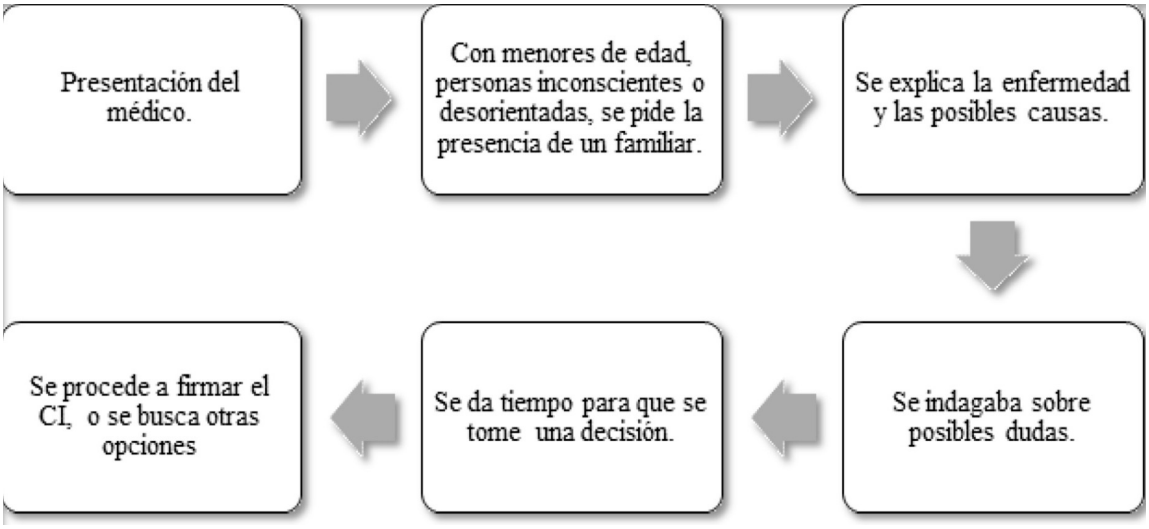
Trece clínicos también mencionaron (45%) que han delegado la toma del consentimiento informado (CI) a otros profesionales, sobre todo a colegas de un rango inferior. Pero, a su vez, afirman que nunca han dejado de tomarlo, basados en su práctica de la medicina defensiva. El estudio arrojó pasos para la toma del consentimiento informado en elementos comunes con un orden para los clínicos considerado lógico (ver ilustración 1).

Con relación al conocimiento sobre los componentes estructurales de orden ético y moral del CI, los clínicos manifestaron desconocerlos o los confunden con otros componentes más desde un orden legal que deontológico, como se expresa en la siguiente voz:

Cirujano General: [5:32 – 6:20]- "Se debe tener presente la religión, muchos CI obvian esa parte de la religión, se debe tener presente si el paciente había tenido previamente esta conversación o si conocía qué quería hacer con su cuerpo (…) y ser más gráfico, el CI que tenemos es más teórico y a veces es difícil para los familiares imaginarse lo que está pasando o lo que se va a proceder a hacer".

En contraste con la pregunta cómo considera usted (clínico) que el paciente entendió la in-

Ilustración 1. Esquema para la toma del consentimiento informado propuesto por los clínicos entrevistados



formación brindada, determinaron que su comprensión estuvo relacionada con la necesidad de comunicar al paciente la complejidad de la situación, con un tiempo aproximado de 10 a 20 minutos y con estrategias tales como:

- Explicación del procedimiento con dibujos, videos, lenguaje sencillo, etcétera.
- El médico pide que el paciente repita la explicación.
- Si es necesario, se explica nuevamente todo el procedimiento.

En relación con el espacio físico, los clínicos no establecen un espacio propicio para la toma del consentimiento informado. Es decir, lo realizan donde se encuentre el paciente, lo que implica la necesidad de repetir muchas veces la información, por factores como ruido o falta de privacidad, sumado a que muchas veces el estado emocional del paciente no le permite entender en primera instancia la importancia de la información brindada, y el promedio de repeticiones se encuentra entre tres a cinco veces. También describen que muchas veces los menores de edad comprenden mejor que el paciente adulto. Además, ante este fenómeno, incluso los clínicos describen que se sienten más cómodos tomando el consentimiento informado a pacientes jóvenes, y los ginecólogos relatan que con mujeres multíparas sienten igual comodidad, ya que entienden y comprenden de una forma más rápida. Además, destacan la importancia de tener presente el nivel educativo del paciente para adecuar la explicación o la forma en que van a dar la información. Los clínicos, en un 69%, señalan que sus avances en la toma de decisiones se deben a que han recibido capacitaciones como cursos y charlas sobre bioética y sus principios, y sobre todo en lo relacionado con el CI. Sin embargo, el otro 31% considera que las charlas fueron insuficientes o que requerían mayor continuidad o tiempo, como se expresa en la siguiente voz:

Cirujano Dermatólogo: [14:24 – 14:49]- "No. Hace, creo que unos 5 años que implantaron el nuevo CI, ahí nos dieron una breve charla. Breve digo yo, porque creo que eso sí requería una atención o una profundización".

Los clínicos saben que la firma del paciente no es equivalente a comprensión, ni siquiera a entendimiento; sin embargo, un 62% de los entrevistados consideran que es un primer paso para salvaguardar su dignidad y confidencialidad de la información suministrada por el paciente. Claro que también refieren que el CI no se archiva inmediatamente y que no se le brinda una copia al paciente, esto da oportunidad a lo lean terceros, a que se pierda o que se coloque en otra carpeta, como lo manifiesta la siguiente voz:

Cirujano Gíneco-Obstetra: [10:06 – 10:26]- "Hum, ya eso depende de criterio médico más bien, pero no es como que eso está firmado, sellado y se va a respetar. La confidencialidad sí, sí la llevamos pero así como que se respete a rajatabla, no".

Los clínicos que más manifestaron conflictos al momento de la toma del consentimiento informado fueron los ginecólogos, porque dicen requerir diferentes estrategias, e incluso se llega a trasgredir la confidencialidad de la información suministrada, debido a que la decisión la toma la mujer con su pareja (*heteronomía*), como se expresa en lo siguiente:

Cirujano Gíneco-Obstetra: [9:59 – 11:08]- "Cuando hay una situación de ese tipo (…) generalmente las mujeres (piden) consultar primero con el esposo. Entonces le hago pasar, cierro la cortina y se quedan solitos ahí. Les digo 'bueno decidan', sobre todo, por ejemplo, una ligadura".

Un fenómeno por razonar es el momento en que el paciente se niega a consentir el procedimiento. El 94% de los clínicos asumió ciertas prácticas, como, por ejemplo, considerar la sanción o el abandono terapéutico, como se narra en la siguiente voz:

Cirujano General: [9:58 -10:38]- "Yo considero que sí (…) y (la sanción) podría ser económica, porque en el momento que estamos pasando no creo que estemos como para desperdiciar recursos en exámenes o tratamientos médicos para que al final el paciente diga 'no'".

Los clínicos describen que durante sus años de experiencia como cirujanos no han tenido dificultad para determinar la comprensión de los

pacientes. Sin embargo, sí han tenido problemas por déficit auditivo, dificultades por modismos o jergas, problemas con el idioma. Pero que, ante estos casos, propician la participación de la familia. También consideran que el consentimiento informado debe incluir temas como:

- Un documento que prevea patologías.
- Que el documento incluya objeciones de religión (transfusiones de sangre).
- Incluir la donación de órganos.
- Respaldo legal (Cirujano General: [12:36 – 12:54]).
- Entre otros, como el asentimiento del menor.

Cirujano General: [12:36 – 12:54]- "De nosotros como médicos, de lo que tengo entendido, no es mayor respaldo legal; pero…no sé hasta qué punto se pueda hacer otro. No sé".

Cirujano Gíneco-Obstetra: [26:37 – 27:38]- Podría ser un poco más amplio, poner más complicaciones o individualizarlo mejor. Para cada procedimiento (…) como apoyo al que tenemos (…) por cada procedimiento apoyar el consentimiento general, creo que eso nos hace falta un poco".

Discusión

Por los resultados enunciados, el CI se ve más como un requisito burocrático que por su importancia ética y legal como deber moral del médico*(19-21)*. Sin embargo, se reveló en la presente investigación que los clínicos tienen prácticas como la de delegar la responsabilidad de tomar el consentimiento informado y a veces sin supervisión. El profesional al cual se delega más la responsabilidad por parte de los clínicos es a las enfermeras, argumentando que es el momento especial para que el profesional también explique y haga seguimiento a su plan de cuidado al paciente*(14,21-24)*.

El estudio reveló que los médicos desconocen los componentes del CI, lo cual no permitirá evidenciar una práctica ética y justa, ya que, para lograr la comprensión, se requiere que el proceso de comunicación se presente como lo exponen Mondrag**ó**n y Galindo, es decir, brindar información necesaria, comprobar el entendimiento de la información, demostrar capacidad para consentir y, por último, la práctica de la acción, es decir, la voluntariedad*(25,26)*. Se describe además en los resultados que los médicos toman el CI en el lugar donde esté el paciente, lo cual está en oposición con lo que sugiere la doctrina del consentimiento informado, en concordancia con salvaguardar el principio de confidencialidad, trasgrediendo de manera directa la relación médico-paciente*(27-30)*. Es decir, que la información debe ser brindada al paciente bajo una configuración de confianza y privacidad, lo cual se logra mediante una entrevista estructurada sobre su patobiografía, por medio de un diálogo abierto, permanente o progresivo, en un ambiente apropiado, tiempo suficiente, disponibilidad y tacto por parte del médico, ya que también se evalúa el estado emocional del paciente*(31-33)*.

Respecto de la negativa de sancionar al paciente que no firmó el CI, la presente investigación mostró que varios centros médicos de Estados Unidos e Inglaterra sí lo hacen, sobre todo cuando se identifica que los pacientes se encuentran entre los grupos con alta tasa de cancelación por diferentes causas o factores*(34-36)*. Es decir, es una práctica que se está normalizando, lo cual va en contra de la autonomía del paciente*(6,10,33,37-40)*. Al igual en la presente investigación sobre los conocimientos y prácticas de los clínicos, se evidenció que, por parte de los clínicos, hay una falta de manejo del idioma, sobre todo en lo relacionado a la zona de Santo Domingo de los Tsáchilas, esta dificultad es considerada por algunos autores como una causa para que se los incluya en el grupo de individuos vulnerables*(23,41)*.

Conclusión

Si los médicos no se actualizan en el tema del consentimiento informado y sus implicaciones éticas, deontológicas y legales, es comprensible —pero no justificable— que surjan los vacíos manifestados por los clínicos, los cuales se ven evidenciados en prácticas que pueden trasgredir la autonomía y el principio de confidencialidad del paciente. Sin embargo, describen los entrevistados que se toman el tiempo necesario cuando lo realizan ellos directamente, lo que puede que no suceda cu-

ando lo delegan, ya que no hay evidencia de que el menos lo supervisen. Los clínicos manifiestan estar trabajando bajo condiciones que no los favorecen y con un documento (CI) no adecuado. Asimismo, sienten que las instituciones de salud deberían modernizarse y, para esto, el acceso digital a la historia médica del paciente se convierte en un requisito. Los médicos sienten que están desprotegidos frente a demandas legales y que el documento de consentimiento informado no cubre sus expectativas para considerarlo un cinturón jurídico. Finalmente, se hace necesario una revisión del CI y una estructuración moral del clínico, para que soporte sus acciones o prácticas como una oportunidad de escolarizar al paciente y no como una obligación legal desde la medicina defensiva.

Conflicto de intereses: Los autores declaramos que no hay conflicto de interés.

Referencias

1. Wancata LM, Hinshaw DB. Rethinking autonomy: decision making between patient and surgeon in advanced illnesses. *Annals of translational medicine* 2016; 4(4): 1-11.
2. Lozano JAF, Suárez PCM, Sánchez CV. Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. Medicina *integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud* 2000; 36(3): 113-9.
3. Moral RR, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención primaria* 2003; 32(10): 594.
4. Pérez AD, Puerta ZB, Cataño CM. Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. *Cultura del cuidado* 2014; 11(2): 17-31.
5. Díaz-Pérez A, Yáñez-Torregroza Z, Lorduy Gómez J, Carrillo-Suárez I, García Mora S. Communication process for the strengthening of the care of the minor in a pediatric unit. *Global Journal of Health Science* 2018; 10(10): 84-92.
6. Brenner LH, Brenner AT, Horowitz D. Beyond informed consent: educating the patient. *Clinical orthopedics and related research* 2009; 467(2): 348-51.
7. Burkle CM, Pasternak JJ, Armstrong MH, Keegan MT. Patient perspectives on informed consent for anesthesia and surgery: American attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2013; 57(3): 342-9.
8. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences Journal* 2007; 12(2): 145-8.
9. Convie LJ, Carson E, McCusker D, McCain RS, McKinley N, Campbell WJ, et al. The patient and clinician experience of informed consent for surgery: a systematic review of the qualitative evidence. *BMC medical ethics* 2020; 21(1): 1-17.
10. Slim K, Bazin J-E. From informed consent to shared decision-making in surgery. *Journal of Visceral Surgery*, Elsevier, 2019; 156: 181-4.
11. Díaz-Pérez A, Navarro Quiroz E, Aparicio Marenco DE. Moral structuring of children during the process of obtaining informed consent in clinical and research settings. *BMC Medical Ethics* 2020; 21(1): 1-10.
12. Salvador Montoya GR. *La bioética en la práctica del consentimiento informado*. Estudio de caso Hospital "San Francisco de Quito" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Enero a julio del 2015. [Master's Thesis]. Quito: UCE; 2016.
13. Racines DJ, Tenesaca WO, Terreros MR. *Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del consentimiento informado en los médicos del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso* [PhD Thesis]. Tesis Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca-Ecuador; 2012.
14. García M. *La responsabilidad civil del médico en el Ecuador*. Recuperado de: http://www bioetica org ec/articulos/articulo_responsabilidad_civil pdf. 2003;
15. Ochoa Ulloa DP. *Análisis del Consentimiento Informado por Representación en el Sistema Jurídico Ecuatoriano* [B.S. thesis]. Universidad del Azuay; 2017.
16. Sherman KA, Kilby CJ, Pehlivan M, Smith B. Adequacy of measures of informed consent in medical practice: A systematic review. *PLoS One* 2021; 16(5): e0251485.
17. Pietrzykowski T, Smilowska K. The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension-systematic review. *Trials* 14 de enero de 2021; 22(1): 57.
18. Blumer H. La posición metodológica del interaccionismo simbólico. *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*; 1982: 1-44.
19. Gbobo PI, Oke-Chinda M. An Analysis of the Doctrine of Informed Consent in Nigeria's Health Care Services. *JL Pol'y & Globalization* 2018; 69: 15.

20. Clarke S. Informed consent without bureaucracy. *Journal of clinical neuroscience* 2003; 10(1): 35-6.
21. Purcaru D, Preda A, Popa D, Moga MA, Rogozea L. Informed consent: how much awareness is there? *PloS One* 2014; 9(10): e110139.
22. Refai M, Andolfi M, Gentili P, Pelusi G, Manzotti F, Sabbatini A. Enhanced recovery after thoracic surgery: patient information and care plans. *Journal of thoracic disease* 2018; 10(Suppl 4): S512.
23. Cocanour CS. Informed consent—It's more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery* 2017; 214(6): 993-7.
24. Rock MJ, Hoebeke R. Informed consent: whose duty to inform? *Medsurg Nursing* 2014; 23(3): 189.
25. Mondragón-Barrios L. Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de investigación clínica*. Órgano del Hospital de Enfermedades de la Nutrición 2009; 61(1): 73.
26. Galindo JC. *Introducción e información sobre el consentimiento informado*. Consultado [22/12/2021]. Url: https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=introduccion-e-informacion-sobre-el-consentimiento-informado
27. Beauchamp TL. Informed consent: its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2011; 20(4): 515-23.
28. Walter P. The doctrine of informed consent: To inform or not to inform. *John's L Rev* 1997; 71: 543.
29. Vázquez González VA. La doctrina del consentimiento, el consentimiento informado y la relación médico-paciente. *Rev Jurídica U Inter PR* 1985; 20: 75.
30. Dhai A, Payne-James J. Problems of capacity, consent, and confidentiality. Best *Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology* 2013; 27(1): 59-75.
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *L'information du patient* [Internet]; 2019. [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient
32. Murray PM. The history of informed consent. *The Iowa orthopedic journal*. 1990; 10: 104.
33. Kerrigan DD, Thevasagayam RS, Woods TO, Mc Welch I, Thomas WE, Shorthouse AJ, et al. Who's afraid of informed consent? *British Medical Journal* 1993; 306(6873): 298-300.
34. Anderson D-P, Vargas AC, Fuentes KU, Ochoa ADV, Nuñez LPC, Orozco MIGC, et al. Cancellation of Surgeries by the Patient, Doctor or Institution: An Approach to Legal Ethical Aspects. *Global Journal of Health Science* 2019; 11(9): 1-34.
35. McIntosh B, Cookson G, Jones S. Cancelled surgeries and payment by results in the English National Health Service. *Journal of Health Services Research & Policy* 2012; 17(2): 79-86.
36. Díaz-Pérez A, Vega-Ochoa A, Domínguez-Lozano B, Carrillo-González S, González-Puertas J. Factores atribuibles a la cancelación de cirugías programadas. *Cirugía y cirujanos* 2020; 88(4): 489-99.
37. Beauchamp TL. Autonomy and consent. *The ethics of consent: Theory and practice* 2010; 55-78.
38. Stoljar N. Informed consent and relational conceptions of autonomy. *Journal of Medicine and Philosophy* 2011; 36(4): 375-84.
39. Sulmasy DP. Informed consent without autonomy. *Fordham Urb LJ* 2002; 30: 207.
40. Dawes PJ, Davison P. Informed consent: what do patients want to know? *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994; 87(3): 149.
41. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica* 2012; 18(1): 121-7.

Recibido: 8 de enero de 2022
Aceptado: 2 de diciembre de 2022