



UNAM

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICADO A
PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE PRIMER
NIVEL DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE UNA INTERVENCION
EDUCATIVA.**

PROTOCOLO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. PEREZ CAMPOS MOSQUEDA CYNTHIA RUTH

ASESOR:

DR. JUAN JOSUE BAUTISTA GARCIA

**MEDICO NO FAMILIAR PEDIATRA, EX COORDINADOR DELEGACIONAL
EN HIDALGO EN SALUD REPRODUCTIVA, IMSS**

COASESOR:

DRA. DIANA TERESA JUAREZ MORALES

**INMUNOLOGA Y ALERGOLOGA CLINICA CMN SXXI. SERVICIO DE
ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA**

MÉXICO DF.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1. Resumen

2. Marco Teórico
 - 2.1 Planteamiento del problema
 - 2.2 Justificación
 - 2.3 Hipótesis
 - 2.4 Objetivo general
 - 2.5 Objetivos específicos

3. Material y métodos
 - 3.1 Población, lugar y tiempo
 - 3.2 Diseño del estudio
 - 3.3 Criterios de inclusión y exclusión
 - 3.4 Variables
 - 3.5 Tamaño de la muestra
 - 3.6 Análisis estadístico
 - 3.7 Descripción general del estudio
 - 3.8 Consideraciones éticas
 - 3.9 Cronograma
 - 3.10 Recursos humanos y materiales

4. Resultados
5. Discusión
6. Conclusiones
7. Bibliografía
8. Anexos

1. RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICADO A PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA”

RESUMEN: La salud reproductiva de la población es pilar importante del desarrollo social en México lo que nos obliga a fortalecer el aspecto cualitativo, sin menospreciar, claro está, los alcances cuantitativos de los programas de salud reproductiva en nuestra institución. La información de la metodología anticonceptiva está enmarcada por principios éticos sólidos, donde se comparte información con el propósito de que la usuaria tome decisiones respecto a las diferentes opciones que se le proponen para el cuidado de su salud y tener continuidad en el método elegido. El consentimiento informado es el resultado de un proceso de consejería que otorga personal especializado, dentro de la unidad, donde las personas realizan su elección con base a información precisa y adaptada a sus necesidades. El consentimiento informado esta ampliamente sustentado en la Ley ,en el artículo 4to constitucional, además de tutelado por dispositivos jurídicos para el caso de incumplimiento, es bien sabido que este debe realizarse no tanto por la obligación legal, sino principalmente porque la información oportuna completa y veraz a la pareja, trae consigo satisfacción del usuario del servicio y la ejecución del derecho constitucional que le asiste.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar el nivel de conocimientos que el prestador de servicio de primer nivel en UMF 28 Gabriel Mancera, tiene sobre el consentimiento informado en planificación familiar antes y después de una intervención educativa.

MATERIAL Y METODOS: tipo de investigación es prospectiva longitudinal comparativa observacional.

Se incluirá a todo el personal que reúna los siguientes criterios: prestadores de servicio médicos familiares, pasantes de servicio social en planificación familiar, médico residente de medicina familiar en rotación de planificación familiar y enfermera materno infantil. El estudio tendrá dos fases de evaluación. La primera fase consta en la aplicación del cuestionario denominado “Nivel de conocimientos del consentimiento informado en planificación familiar” en donde se evalúan las tres etapas del consentimiento informado; de acuerdo a los resultados serán calificados en nivel de conocimientos alto, medio, bajo. Posteriormente se programará la intervención educativa sobre el consentimiento informado en planificación familiar que tendrá una duración aproximada de 3 horas dentro de las instalaciones de la unidad familiar Gabriel Mancera y por último será nuevamente evaluado, para comparar la ganancia de conocimiento, asegurando en forma teórica la adecuada aplicación y obtención del consentimiento informado, con los beneficios secundarios que ello le infiere.

PALABRAS CLAVES: prestadores de servicio, consentimiento informado, cuestionario “Nivel de conocimientos de consentimiento informado en planificación familiar”.

2. MARCO TEÓRICO

La primera vez que se discutió el consentimiento informado fue en Estados Unidos de América en 1948, después de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, existen antecedentes que lo esbozan de manera indirecta. El consentimiento informado forma parte de la ética del personal de la salud, particularmente del médico, quien lleva a costas la gran responsabilidad de dar la información al paciente⁽¹⁾.

Este consentimiento informado individual se asocia al consentimiento informado colectivo o social, que permite la aplicación de las normas y procedimientos que interesan directamente a la sociedad, como las campañas de detección de enfermedades, campañas de vacunación y de investigación en seres humanos, entre otros. El consentimiento informado es individual (derecho del hombre) y permite la toma de decisiones. Es importante que la toma de decisiones se apoye en una buena información, tal como lo menciona el artículo 4 de la Constitución Mexicana: “se debe de proporcionar a los individuos la información en su lengua, en forma clara”⁽¹⁾.

La información debe ofrecer un abanico de opciones, donde se señale de manera certera la posibilidad de tomar una o varias decisiones, en el caso de que existan, con conocimiento de las consecuencias y problemas que puedan surgir.

Los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress, de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y de justicia, se entrelazan con el consentimiento informado y el derecho a la información.

Relacionando esta conducta ideal con el personal de salud, debe estar estrechamente unida a dichos principios éticos, de hecho no pueden separarse. De ellos, el principio central es el de la autonomía pues de él se deriva el consentimiento informado.

En 1994 el maestro Manuel Velasco Suárez mencionó que: “la bioética si bien no es realmente la moral de la vida, es la moral de la actitud frente a la vida, por lo que debe fungir como guía conductual en la que la empatía y la actitud humanitaria del trabajador de la salud deben promover siempre el diálogo, para que así el prestador de la atención y servicio y, por el otro lado, el usuario que espera la beneficencia de aquella persona o grupo de personas, sean capaces de generar una relación basada en la confidencialidad que permita al paciente tomar la decisión más adecuada”⁽¹⁾.

La obtención del consentimiento informado para realizar estudios diagnósticos o para iniciar un tratamiento médico, odontológico, nutricional, optométrico, o cualquier otra medida terapéutica, debe darse libre de toda coerción; ésta es una regla moral que prohíbe que una persona prive a otra de su libertad.

Ciertamente, la falta de comprensión del cuerpo médico sobre el fondo teórico del tema del consentimiento, lo ha convertido en un asunto meramente formal (la firma de un documento) omitiendo la parte sustancial que es el fondo y razón del formulario. En otras palabras, los médicos se han convencido de que lo que se les exige es diligenciar y hacer firmar un documento y no que tienen el deber de informar a su paciente de la manera más clara, oportuna y completa sobre los riesgos de las intervenciones, con el fin de lograr su autorización y, lo que es aún más importante, de trasladarle el riesgo de la decisión⁽²⁾.

Sin lugar a dudas el tema del consentimiento informado del paciente genera un cambio en la cultura del ejercicio médico tradicional, que debe ser asumido con seriedad y compromiso por el cuerpo médico, dándole la trascendencia que merece, no sólo desde el punto de vista legal, sino interpretándolo como un espacio privilegiado de conformación de la relación médico paciente, principio y fin del ejercicio.

Sin lugar a dudas, la única y verdadera forma de prevención de las reclamaciones contra los médicos se encuentra en la comunicación, en los espacios que se dediquen para escuchar e informar a su paciente, para conocerlo a él, sus temores y necesidades. Una actividad mecanizada, subespecializada hasta el detalle, en que cada eslabón de la cadena de atención es independiente y sin un compromiso de evaluación integral y humana del enfermo es, y seguirá siendo en adelante, campo fértil para perjuicios humanos y molestias sociales, traducidos en costosas demandas por responsabilidad⁽²⁾.

El Consentimiento Informado se fundamenta en el reconocimiento del paciente como un sujeto moral racional con autonomía para gobernar sus decisiones. En salud, una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones: voluntariedad, información y capacidad. En donde la capacidad es el elemento más difícil de valorar, ya que según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) se define capacidad como *aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo*»⁽³⁾.

El hecho que la capacidad sanitaria sea un elemento central en la práctica del proceso de Consentimiento Informado, hace que ésta sea para el profesional de la salud de una gran responsabilidad ética, fundamentada tanto en el principio de autonomía como en los principios de beneficencia y de no maleficencia⁽³⁾.

La información es un derecho que tiene el ser humano; es irrenunciable y se lo confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra y el Código de Conducta del Personal de la Salud. La información que se da a un enfermo debe ser suficiente para que pueda tomar una decisión sobre su manejo y tratamiento⁽¹⁾.

Elementos del consentimiento informado

La puesta en práctica del nuevo modelo de relación sanitaria a través del consentimiento informado exige atender a dos elementos diferentes: los que componen las obligaciones teóricas normativas y las herramientas auxiliares de aplicación práctica.

No hay que esperar una plena y completa identificación en todos y cada uno de los casos entre estos elementos del marco ético y las interpretaciones judiciales de una sentencia jurídica concreta que intenta atenerse al marco jurídico previamente esbozado. Las disonancias que ocasionalmente surgen, no sólo en este tema, entre derecho, práctica clínica y ética pueden ser motivo de desconcierto y preocupación tanto para médicos como para juristas, y han propiciado un Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Consejo General del Poder Judicial desde hace varios años⁽²⁾.

En todo caso, los *elementos normativos* comprenden:

1. Un *proceso* continuo, dialogístico (hablado), comunicativo, deliberativo y prudencial, que en ocasiones requiere apoyo escrito, y que tiene que ser registrado de manera adecuada. En este sentido, los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, deberían acostumbrarse a incluir en la historia clínica el reflejo de los acontecimientos que componen el proceso de información y consentimiento, igual que anotan el motivo de consulta, la exploración o el plan terapéutico o de cuidados. Pensar que el consentimiento informado es un momento aislado y puntual en la relación clínica, centrado en el formulario de consentimiento informado y preocupado sobre todo por obtener la firma del paciente, es equivocarse totalmente en el plano ético y legal.

2. *Voluntariedad*, esto es un proceso libre, no coaccionado ni manipulado. La *coacción* se puede ejercer de muchas maneras y por parte de muchos intervinientes en la relación clínica: familiares, médicos, enfermeras, etc. Por ejemplo, la amenaza del «alta voluntaria» o la recomendación de que «se cambie de médico» pueden ser planteadas por los profesionales con esta intención. La *manipulación* es otro procedimiento que los profesionales sanitarios pueden usar con facilidad, por ejemplo, al presentar la información sobre una intervención de una forma sesgada. Sin embargo, la *persuasión* no es incompatible con la voluntariedad. De hecho, puede ser un elemento muy importante de ayuda asertiva en un proceso de toma de decisiones donde el paciente tenga dificultades para analizar los beneficios y riesgos de varias opciones de tratamiento.

El problema estriba, obviamente, en saber cuándo finaliza la persuasión y comienzan la coacción o manipulación. Esto es algo que sólo la prudencia y la honestidad del profesional pueden determinar en función de las circunstancias de cada situación.

3. *Información suficiente*. En general, se acepta que hay que explicar al paciente la naturaleza y objetivos del procedimiento, sus beneficios, riesgos y efectos secundarios posibles, y las opciones que existen, con sus respectivos beneficios y riesgos¹⁸. Donde más conflicto ha existido siempre es en la extensión con la que hay que detallar los riesgos y efectos secundarios. Desde el punto de vista ético, parece lógico que la información que haya que dar tenga que ser la que el paciente subjetivamente necesite para poder tomar una decisión.

Las consecuencias seguras de la intervención a que va a ser sometido. Los riesgos típicos del procedimiento, es decir los inherentes al procedimiento conforme al saber actual de la ciencia, tanto si son muy frecuentes y poco graves como si son menos frecuentes pero muy graves. Sin embargo, en principio, no es preciso informar de lo que es excepcional o no típico.

4. *Información comprensible*, adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente. Esto es muy importante porque los médicos se deslizan con gran frecuencia hacia el uso de un lenguaje altamente tecnicado, poco accesible y distante. Sin embargo, las enfermeras suelen mostrar mayor sensibilidad en este terreno. En cualquier caso, el uso correcto del lenguaje verbal, no verbal y escrito constituye una habilidad éticamente irrenunciable para el proceso comunicativo del consentimiento informado.

5. *Capacidad* por parte del paciente para comprender la información, evaluarla y comunicar su decisión.

6. Finalmente el paciente, tras el proceso de *deliberación*, toma una *decisión*, que es de aceptación o rechazo de la medida diagnóstica o terapéutica propuesta por el profesional, y que con frecuencia es el punto de partida de un nuevo proceso de toma de decisiones. Los sanitarios toleran mal las decisiones de rechazo de los pacientes, pero lo cierto es que, si esa decisión cumple todos los requisitos anteriormente señalados, debe ser respetada. Tampoco la decisión de rechazo debe comportar el abandono del paciente, sino reiniciar el proceso de información y consentimiento para buscar la decisión más aceptable para ambos. Si la decisión adoptada por el paciente es en conciencia inaceptable para el médico, entonces éste tiene la obligación de dirigir al paciente a otro médico con el que pueda proseguir el proceso de atención, asegurando la no interrupción de la atención sanitaria⁽⁴⁾.

Discontinuidad o cambio de método

Las usuarias (os) y los servicios de planificación familiar tienen el derecho a discontinuar el método anticonceptivo que estén utilizando por razones personales o de salud⁽⁵⁾.

Las usuarias (os) tienen también la opción de cambiar de método de acuerdo a sus circunstancias individuales. En estos casos, el prestador de servicios deberá reforzar la orientación-consejería para asegurar la decisión voluntaria de las usuarios (os).

Las *herramientas* de aplicación práctica que permiten realizar un proceso de consentimiento informado son fundamentalmente tres:

1. *Técnicas de entrevista clínica, soporte emocional y relación de ayuda*, que permiten estructurar el encuentro médico-paciente de una forma metodológicamente adecuada y desvelar la dimensión humana del proceso de consentimiento informado.

2. *Protocolos de evaluación de la capacidad*, que nos permiten establecer cuándo un paciente no está en condiciones de tomar decisiones y son, por tanto, otros los que deben hacerlo en su lugar.

3. *Formularios escritos de consentimiento informado*, que sirven para apoyar el proceso oral –si son legibles y están bien diseñados, cosa no siempre frecuente, ni en el ámbito asistencial ni en el investigador para registrarlos y monitorizarlos y, por último, para probar legalmente que se dio información y se obtuvo el consentimiento⁽⁴⁾.

En el consentimiento informado subyacen principios éticos de respeto a la autonomía de las personas, así como de beneficencia y justicia que debieran formar parte de la práctica médica y de los procesos de investigación. Su propósito es asegurar que los prestadores(as) de servicios médicos favorezcan y respeten las elecciones de usuarias y usuarios.

En los servicios de planificación familiar, el consentimiento informado implica que en la relación entre usuaria y proveedor(a) se da un vínculo horizontal de intercambio respetuoso de información. En esta relación, la usuaria manifiesta sus necesidades de anticoncepción en el contexto del conocimiento que tiene de sí misma y sobre el tema, en tanto que el proveedor(a) proporciona información de los efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos disponibles y acordes a las características de salud de la mujer. El proceso incluye la verificación por parte del proveedor(a) de que la manifiesta ha comprendido sus explicaciones y sus dudas han sido resueltas. A su vez, la usuaria debe consentir de manera libre y sin coerción el uso del método más acorde a sus necesidades y preferencias, o bien disentir si así lo juzga conveniente. En algunos casos, también se requiere la firma de un documento de autorización, lo que no sustituye los pasos del proceso previamente descrito. Estas acciones *deben ocurrir previamente* a la aplicación del método anticonceptivo elegido para cumplir con los requisitos de *ser informado, entendido, voluntario y competente* ⁽⁶⁾.

No obstante lo deseable y lógico de este proceso, se han reportado frecuentes faltas de acatamiento debido a diversos factores, entre los que destacan el desconocimiento que tienen los prestadores de servicios, los funcionarios y los clientes de las leyes que lo enmarcan, así como la presión institucional para el cumplimiento de metas demográficas y la falta de una cultura de ejercicio del derecho, dentro y fuera de las instituciones de salud.

El derecho al consentimiento informado debería de ser protegido por la ley, pues es parte del conjunto de derechos humanos fundamentales que incluyen el acceso a la información para decidir el tamaño y características de las familias, el derecho a decidir usar o no un método, el derecho a disfrutar una vida sexual sin riesgos para la salud y el derecho a vivir sin violencia en los hogares. Permitir la violación de uno de estos derechos es perder la posibilidad de defender los demás. Su defensa exige leyes y reglamentos que permitan sancionar a quienes los violan, pues resulta inconcebible que las leyes señalen el castigo de un intruso que allana una morada (es decir, viola el derecho a la intimidad de una persona) y que en cambio, no contemplen sanciones al individuo o la institución que viole el cuerpo de una persona al insertarle un objeto no deseado, que interfiere con su vida sexual y con su potencial reproductivo ⁽⁶⁾.

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM)

En esta norma se encuentran tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar. Emitida por la Secretaría de Salud, tiene como objetivo: *Adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre los países.*

Esta norma fue elaborada con la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas de México que se relacionan con los servicios de salud reproductiva. La norma se aplica a los servicios de atención médica y comunitaria de los sectores público, social y privado. La norma explica que los servicios de Planificación Familiar:

Son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Además, se obtendrá información especializada y servicios idóneos; el ejercicio de este derecho será independiente del sexo, la edad y el estado social o legal de las personas.

La norma caracteriza la calidad de estos servicios conforme a seis elementos:

1. Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión.
2. Información que se proporciona a las usuarias(os).
3. Competencia técnica de los prestadores(as) de servicios.
4. Relaciones interpersonales de los prestadores(as) de servicios y las usuarias(os).

5. Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos.
6. Conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

En la norma también se detalla el tipo de información, consejería y selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, ante los cuales:

La decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios debe ser respetado en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

En este sentido, la norma establece una relación personal entre los prestadores(as) de servicios y las usuarias(os) que permita la autonomía de éstos para decidir y consentir responsablemente, sin presión, cualquier tipo de método permanente o temporal. En el primer caso, la decisión:

Debe ir precedida por consejería y debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

A pesar de que la NOM señala la importancia de obtener el consentimiento informado tanto por métodos temporales como permanentes, en estos últimos por escrito, existen hechos donde puede violarse la norma imponiendo un método temporal, como el DIU, sin que la usuaria se percate de ello.

La norma debería señalar que al no obtener el consentimiento informado de la mujer en la utilización de un método por parte del proveedor(a) del servicio, éste incurre en un delito que sanciona la Ley General de Salud⁽⁶⁾.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000

El compromiso asumido por el gobierno mexicano ante la comunidad internacional se expresa en un conjunto de programas entre los que cabe destacar el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, que en su introducción puntualiza:

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del Ejecutivo Federal, México se suma al consenso internacional que en materia de población y salud se alcanzó en los acuerdos derivados de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990).

Asimismo, en materia de consentimiento informado, este programa señala:

Toda la población debe tener acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva asequibles y aceptables; y añade que el objetivo general de la planificación familiar acorde con el artículo 4o. constitucional consiste en:

Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para todas las fases de vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos(as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado. Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país.

Por otro lado, es importante destacar el enfoque de género latente en todo el Programa, el cual manifiesta: *Un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros y con igualdad de oportunidades, para contribuir a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente sexuales y reproductivos.*

Lamentablemente, el Programa no se ve realmente reflejado en la legislación existente con propuestas de reformas serias que ayuden a llevarlo a la práctica. Una vez más se trata de un “programa de buenas intenciones” que maneja un discurso acorde a los instrumentos internacionales, sin que se tengan instrumentos jurídicos adecuados para asegurar su respeto y sin prever los mecanismos eficaces que, de manera pronta y expedita, sancionen su violación⁽⁶⁾.

Disponibilidad de insumos anticonceptivos

Las instituciones de salud deben asegurar que los insumos anticonceptivos estén accesibles para favorecer la calidad de la atención. En las unidades de servicio se deberá asegurar que estos insumos estén en el lugar y momento en que se requieren.

Fue en 1905 en el estado de Illinois, en donde una corte de apelación prohibió a los médicos “violiar la integridad corporal del paciente” y en 1914 la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos, declaró que cualquier ser humano adulto tiene derecho a determinar lo que debe ser hecho a su propio cuerpo. El termino Consentimiento informado fue creado hasta finales de los 40’s⁽⁹⁾.

El código de Nuremberg publicado en 1947, surgiendo como respuesta a los abusos originados en la investigación científica y tecnológica biomédica durante la segunda guerra mundial, estableció las normas para llevar a cabo experimentos en seres humanos, dando especial énfasis al consentimiento informado voluntario de la persona⁽⁷⁾.

En 1964 la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, en la cual se establecen también pautas éticas para la investigación.

La defensa de los derechos reproductivos nos conducen a algo central, estos derechos suponen libertad e igualdad; libertad para decidir e igualdad de acceso a la información y a los servicios de salud. Por esto los derechos reproductivos son intrínsecamente derechos democráticos, pues parten de la libertad y requieren el común denominador de la igualdad del acceso⁽⁷⁾.

El IMSS es responsable de más del 50% de la salud reproductiva de las familias mexicanas y en el marco de la modernización se ha establecido una nueva legislación para desarrollar una cultura de respeto y protección a los derechos reproductivos. Por lo anterior, el instituto establece como estrategia para fortalecer el proceso de comunicación al consentimiento Informado, el cual asegura la comprensión de la información en la toma de decisión voluntaria, contribuyendo a la satisfacción del usuario en el servicio que recibe al percibir este respeto a su autodeterminación. Esta situación hace que el consentimiento informado se convierta en la piedra angular de la calidad en la atención de la salud reproductiva⁽⁷⁾.

El consentimiento informado en salud reproductiva y en particular en planificación familiar, ha tomado en los últimos tiempos importancia relevante, esta importancia se atribuye a que forma parte de los derechos reproductivos los cuales han sido motivo de análisis en la última década⁽⁷⁾.

A finales de 1970, el consejo de las Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud, realizaron una nueva revisión de esta materia, dando como resultado que en 1982 se publicaran las Pautas Internacionales Propuestas para La Investigación Biomédica. Estas pautas reflejan la inquietud médica por mantenerse vigilantes en la protección de los derechos y bienestar de las personas. La primera de las 15 pautas está relacionada con el consentimiento informado, entendienddo que el consentimiento informado lo otorga una persona competente que haya recibido la información necesaria y que después de analizarla, se tome una decisión sin ser sometido a coerción, influencia, inducción, intimidación. La declaración de los derechos del paciente, aprobada en Lisboa en 1981, expresa que “el paciente, después de haber sido debidamente informado sobre algún tratamiento propuesto, tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo y que tiene derecho de morir dignamente”⁽⁷⁾.

En 1996 la dirección de prestaciones médicas, a través de la coordinación de salud reproductiva emitió la “guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar” en donde se establecen 3 etapas consistentes en:

1. Diagnostico y motivación
2. Aceptación /no aceptación
3. Adopción del método anticonceptivo

Diagnostico y motivación: el objetivo se cumple mediante la realización de investigar expectativas personales y reproductivas, necesidades de información, condición de salud, conocimiento y experiencias sobre metodología anticonceptiva, informar sobre los beneficios de la anticoncepción.

En la aceptación, se informa sobre características específicas del método seleccionado con énfasis en efectividad, temporalidad, efectos secundarios, seguimiento. Se verifica la comprensión de la información proporcionada desde la perspectiva de la aceptante. Se registra en el formato el método aceptado y recaban la firma de la aceptante. En esta etapa el resultado de las actividades deberá ser, verificar en la o el aceptante la comprensión de la información basándose en las necesidades de información, detectadas o manifiestas en el conocimiento previo sobre el método seleccionado utilizando para ello un lenguaje comprensible para la población.

No aceptación: el objetivo de esta etapa es asegurar la comprensión de los riesgos que implica el no uso de protección anticonceptiva. Este objetivo se cumple mediante la identificación de la razón de no aceptación, considerando a ésta como el elemento base para aclarar dudas y complementar información respecto a los beneficios de los métodos anticonceptivo. La condición de la salud identificada en la etapa de diagnostico, servirá como base para hacer comprender los riesgos que se tienen en caso de un embarazo. Es importante dejar constancia de la razón de no aceptación en la nota de la atención otorgada.

Adopción: en esta etapa se confirma la aceptación del método y asegura la comprensión de sus características y del procedimiento para la entrega del mismo. Para lograr este objetivo se realizaran actividades mediante las cuales se contribuirá a que la población perciba que su decisión es respetada, incluyendo la no aceptación o cambio oportuno del método seleccionado.

El cumplimiento de los objetivos de las etapas del procedimiento, hacen que el consentimiento informado sea un principio ético que debe formar parte de la relación personal de salud-población. Por todo lo anterior, el consentimiento informado debe ser planteado de manera tal que se tome en cuenta la capacidad de decisión de la población y su habilidad para comprender información relevante para tomar una decisión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO ESTRATEGIA PARA FORTALECER LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS TÉCNICOS QUE INCREMENTAN SU COMPETENCIA TÉCNICA ENTENDIDA ESTA COMO CONJUNTO DE CAPACIDADES DEL PERSONAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES Y TAREAS.

MARCO LEGAL

En el año de 1905, en el estado de Illinois, una Corte de Apelación prohibió a los médicos “violiar la integridad corporal” del paciente sin su permiso, y en 1914 la Suprema Corte de Justicia de los estados Unidos, declaro que cualquier ser humano adultos, tiene derecho a determinar lo que debe ser hecho a su propio cuerpo. Lo anterior se contempla con la aparición de la información en el medio legal norteamericano en 1957, cuando una Corte de California sostuvo que los pacientes que no fueran informados acerca de aquello que consentían, le quitaban la validez a dicho consentimiento.

Cuando el aspecto legal involucró a los conceptos de consentimiento e Información, dio origen a la figura del Consentimiento Informado.

En México los fundamentos jurídicos del Consentimiento informado, encuentran sustento en la ley máxima del país, que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos o Constitución General de la República.

En nuestra Carta Magna, el Consentimiento Informado se comprende en el Capítulo correspondiente a las Garantías Individuales, establecidas en los primeros 29 artículos Constitucionales, precisamente en el tercer párrafo del Artículo 4° que a letra dice:

“Artículo 4°... Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos...”

La Ley General de Salud, Ley Reglamentaria de la Constitución, retoma el concepto señalado en su artículo 67, que establece lo siguiente:

“Artículo 67... la planificación familiar tiene carácter prioritario en sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, y completa a la pareja “⁽⁸⁾.

Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, publicada en el Diario Oficial de la federación del 30-05-94, en el Apartado de Disposiciones Generales, en el punto 5.4.2.7 señala “que la aceptación de métodos anticonceptivos permanentes debe ser precedida por Consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en el expediente clínico personal...”⁽⁹⁾.

El Reglamento de los Servicios Médicos del IMSS publicado en Enero de 1998 en su sección Sexta de la Salud Reproductiva y Materno Infantil, señala en los Artículos 70 y 71 “... que el Instituto otorgará a los derechohabientes demandantes de métodos anticonceptivos, un proceso de información, orientación y consejería que les permita tomar decisiones informadas y voluntarias en torno a su salud reproductiva y que para la aplicación de procedimientos anticonceptivos definitivos o temporales, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito del solicitante, previa información al mismo sobre el procedimiento que se aplicará...” Podemos concluir que el consentimiento informado esta ampliamente sustentado en la Ley, además de tutelado por dispositivos jurídicos para el caso de incumplimiento, es bien sabido que este debe realizarse no tanto por la obligación legal, sino principalmente porque la información oportuna completa y veraz a la pareja, trae consigo satisfacción del usuario del servicio y la ejecución del derecho constitucional que le asiste⁽¹⁰⁾.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA/ PREGUNTA DEL INVESTIGADOR

¿Cuál sería el nivel de conocimientos que los prestadores de servicio de primer nivel de atención tendrían en consentimiento informado en planificación familiar antes y después de una intervención educativa?

2.2 JUSTIFICACIÓN

La salud reproductiva de la población no solo ocupa un lugar importante en la política del país, sino también es pilar importante del desarrollo social en México. Lo anterior nos obliga a fortalecer el aspecto cualitativo, sin menospreciar, claro está, los alcances cuantitativos de los programas de salud reproductiva en nuestra institución. El programa de planificación familiar IMSS cubre con mayor número de participantes a nivel nacional, por ello se necesita asegurar la calidad de la atención, que promueve una cultura integral de salud que hable de derechos sexuales y reproductivos y de responsabilidad reproductiva como elementos necesarios para la salud, con una mayor participación activa de la población, es reconocido que cuando la población participa en forma activa en conocer más sobre sus riesgos en salud, ventajas entre las opiniones propuestas, se convierte en un agente activo que participa en el autocuidado de la salud, involucran su cuidado y de cierta forma se hace responsable igualmente que el profesionista de su salud.

En planificación familiar el área de oportunidad a impulsar está relacionada con la información, esta puede atenderse mediante el proceso de consentimiento informado como una estrategia angular para fortalecer el proceso de atención de planificación familiar, que asegure la calidad del mismo, considerando que éste incluye actividades que dan como resultado un intercambio de información sobre riesgos y beneficios de los métodos anticonceptivos propuestos, la verificación de que se haya comprometido lo informado, para culminar con la obtención del consentimiento de una manera voluntaria.

La delegación Benito Juárez, México DF, cuenta con una población de 360 mil 478 habitantes; de los cuales los hombres representan el 44% y las mujeres el 56% ⁽¹¹⁾

La UMF 28 Gabriel Mancera, atiende en la consulta de medicina familiar el 31.7% de la población adscrita a la Delegación Benito Juárez, donde 63% de derecho habitantes lo constituyen el grupo de mujeres en edad fértil. Una cifra bastante importante que representa un grupo de riesgo ⁽¹²⁾.

El principal problema que los profesionistas plantean ante el consentimiento informado es el del tiempo que consume. En un sistema de salud como el nuestro, mayoritariamente público, los profesionales sobre todo los de atención primaria se enfrentan a una de las demandas asistenciales cada vez más alta, que hacen difícil disponer del tiempo ideal para realizar una atención de máxima calidad. Aquí habrá que resaltar en primer lugar que los profesionales asumen la nueva cultura asistencial que comporta el consentimiento informado como una dimensión básica de su ejercicio profesional. Pero junto a ello habrá que reconocer, en segundo lugar, que los profesionales no son omnipotentes por lo que habrá que aceptar que cada uno

adapte esta exigencia a su propia realidad asistencial, y haciendo ejercicio de su responsabilidad, incorpore paulatinamente el consentimiento informado en su práctica diaria.

Por lo anterior es fácil deducir el por qué la oferta anticonceptiva de la unidad recae básicamente en el trabajo realizado por enfermeras y el módulo de apoyo para los servicios de planificación familiar. En este modulo son ubicados la mayoría de los médicos familiares, lo cual generalmente resulta en un desacierto, ya que debido a la sobrecarga de pacientes, el módulo es considerado como un servicio de planificación familiar, y no como un modulo de apoyo, al mermar la actividad del médico familiar y las diferentes estrategias para obtener el consentimiento informado en planificación familiar que incluyen acciones de comunicación educativa, consejería y por ende del consentimiento informado.

En los casos que son realizados y trabajados los consentimientos informados para la planificación familiar, se olvidan los prestadores de servicios de explorar las 3 etapas del mismo en especial la etapa diagnóstica. El impacto se traduce en una consejería de deficiente calidad, insuficiente para mantener el área de oportunidad de las usuarias activas que requieren metodología de alta continuidad o métodos definitivos.

Si las etapas de consentimiento informado se conocieran y se aplicaran como se presenta en forma sistematizada, facilitaría la comprensión por el usuario e identificaría la necesidad de tomar una decisión favorable para la salud en forma voluntaria, oportuna y veraz que contribuya a desechar mitos y prejuicios en torno a los métodos anticonceptivos. Importantes beneficios se obtendrían tanto en instituciones al disminuir los gastos por estancias hospitalarias por amenazas de aborto, cesáreas, preeclampsia, eclampsia; a nivel de la comunidad médica al brindar una mayor calidad de atención en salud reproductiva, con continuidad en el método elegido.

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis Nula. Los prestadores de servicio de primer nivel (médico familiar, médico pasante de servicio social, médico residente de medicina familiar, enfermera materno infantil) desarrollan nivel de conocimientos alto sobre consentimiento informado en planificación familiar posterior a una intervención educativa.

H₁: Los prestadores de servicio presentan un nivel de conocimiento bajo sobre consentimiento informado en planificación familiar.

H₂: Los prestadores de servicios como son el médico familiar, medico pasante de servicio social, y el médico residente de medicina familiar presentan un nivel medio de conocimientos en consentimiento informado en planificación familiar, antes de una intervención educativa.

H₃: Los profesionales de la salud, en especial los médicos, mejoran favorablemente su nivel de conocimiento al realizar una intervención educativa.

2.4 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimientos que el prestador de servicio de primer nivel en UMF 28 Gabriel Mancera, tiene sobre el consentimiento informado en planificación familiar antes y después de una intervención educativa.

2.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de conocimientos que le prestador se servicio de primer nivel tiene sobre el consentimiento informado en planificación familiar.
2. Aplicar intervención educativa sobre el consentimiento informado en planificación familiar.
3. Determinar el nivel de conocimiento que el prestador de servicio de primer nivel tiene sobre el consentimiento informado en planificación familiar, posterior a intervención educativa.
4. Comparar ganancia de conocimiento antes y después de la intervención educativa.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

El ámbito geográfico en donde se desarrollará el estudio es en la unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” en la ciudad Distrito Federal contemplando una duración de un año con un mes, iniciando en marzo del 2011 y termino en abril del 2012.

El universo de trabajo incluye:

- La población total de médicos familiares de UMF 28 (59 médicos familiares).
- La población total de prestadores de servicio en el área de Planificación Familiar (médico de base encargado del servicio, pasante de servicio social, médico residente en medicina familiar).
- Enfermera materno infantil en la UMF 28
- Población cautiva

El material a utilizar es:

- Cuestionario denominado “Nivel de conocimientos del consentimiento informado en planificación familiar” (anexo 1). Que consta de 30 preguntas cerradas, en donde se evalúan las tres etapas del consentimiento informado; de acuerdo a los resultados serán calificados en nivel de conocimientos alto, medio, bajo.
- Laminillas con información basada en la “Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar”, utilizadas por el expositor para la realización de la intervención educativa en el mismo tema.
- DISEÑO SINTETICO. Tabla 1.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Nombre del estudio	Periodo en que se capta la información	Evolución del fenómeno	Comparación de la población	Causalidad	Interferencia del investigador
Estudio de intervención cuasiexperimental	Prospectivo	Longitudinal	Comparativo	Causa-Efecto	Intervención educativa

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: Prospectivo
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: longitudinal.
- c) Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados: comparativo.
- d) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: intervención educativa

DISEÑO SINTÉTICO

OBJETIVOS Al finalizar la sesión los prestadores de servicio estarán en la posibilidad de:	CONTENIDO/TECNICAS	TIEMPO	MATERIAL DIDACTICO	MATERIAL DE APOYO TECNICO
Aplicar correctamente los pasos del consentimiento informado, para garantizar que el usuario tome una decisión de manera libre, voluntaria e informada, en la adopción de un método anticonceptivo	CONSENTIMIENTO INFORMADO 1. Presentación de la sesión 2. Charla interactiva	15' 30'	Acetato de visión general y objetivos Acetato sobre etapas, concepto, derechos, técnicas de consejería y opción de desistir	Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar. IMSS 1998
Analizar el concepto de responsabilidad compartida con la finalidad de que la toma de decisión por parte del usuario sea un compromiso común	RESPONSABILIDAD COMPARTIDA 3. Lluvia de ideas 4. testimonios	30' 30'	Acetato sobre concepto de responsabilidad compartida. Impreso Consentimiento informado	Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar. IMSS 1998
Identificar los beneficios y/o ventajas en la metodología anticonceptiva como componentes primordiales del consentimiento informado	BENEFICIOS Y VENTAJAS DE LA METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA. 5. Entrevista colectiva	60'	Acetatos sobre beneficios y ventajas	Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar. IMSS 1998
	6. Evaluación	30'	Anexo 1. Nivel de conocimientos de consentimiento informado en planificación familiar	. Prieto Rivero J, Conocimiento y aplicación del consentimiento informado para la planificación familiar por los prestadores del servicio de medicina familiar. 2007.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

1. Todos los médicos familiares que se encuentren activos durante la aplicación del estudio, operativamente y con consultorio, incluyendo turno matutino y vespertino de la Unidad Familiar 28 Gabriel Mancera.
2. Médico pasante de servicio social que se encuentre rotando durante el estudio en el área de planificación familiar.
3. Médico residente de medicina familiar que se encuentre rotando durante el estudio en el área de planificación familiar.
4. Enfermera materno infantil
5. Personal de servicio antes mencionado que acepte participar en el estudio.

No inclusión

1. Médicos familiares, medico pasante de servicio social y médico residente de medicina familiar que se encuentre en periodo vacacional o incapacidad.
2. Aquel personal de servicio que no acepte participar en el estudio.
3. Personal de servicio que no conteste el instrumento de evaluación.
4. Personal de servicio que no acepte recibir la maniobra educativa.

Eliminación

1. Ausentismo no programado.

3.4 VARIABLES

Variable dependiente: nivel/grado de conocimiento del consentimiento informado.

Definición conceptual: es la información que posee el prestador de servicio en el primer nivel de atención sobre la Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar ⁽¹³⁾.

Definición operacional: es la cantidad de información sobre la Guía para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar el cual se evaluará con la aplicación del cuestionario denominado "nivel de conocimientos del prestador de servicio" ⁽¹⁴⁾, los resultados serán calificados en nivel de conocimientos alto 80-100%, medio 60-79% y bajo menor de 60%.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Variable independiente: variable de intervención. Capacitación/maniobra educativa.

Definición conceptual: estrategia puesta en acción cuyo proceso es mejorar o cambiar en un contexto socio e intercultural determinado. En este caso el conocimiento sobre el consentimiento informado.

Definición operacional: capacitación educativa con duración de 4 horas basada en el proceso de capacitación que la coordinación nacional de salud reproductiva realiza a sus prestadores de servicio ⁽¹⁵⁾.

Escala de medición: cualitativa ordinal

3.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población a estudiar es la totalidad del universo (médicos familiares de UMF 28 (58), enfermero materno infantil en UMF 28 (2), medico pasante de servicio social (1), y médico residente de medicina familiar en el servicio de planificación familiar (1), en total 64 prestadores de servicio de primer nivel, por lo tanto no se requiere muestra de estudio, ya que estudio al universo.

3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se dará tratamiento estadístico, con estadística descriptiva tipo histograma, tablas de frecuencia.

Se trabajará con estadística no paramétrica del tipo de la x^2 , para observar el grado de relación de las variables.

3.7 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizará en la unidad de Medicina familiar UMF 28 Gabriel Mancera, D. F. durante el periodo comprendido en dos años 2011 al 2012. Se incluirá a todo el personal que reúna los siguientes criterios: prestadores de servicio médicos familiares, pasantes de servicio social en planificación familiar, médico residente de medicina familiar en rotación de planificación familiar y enfermera materno infantil; excepto los que no acepten participar en el estudio, o en caso de ausentismo no programado.

El estudio tendrá dos fases de evaluación. La primera fase consta en la aplicación del cuestionario denominado "Nivel de conocimientos del consentimiento informado en planificación familiar" (anexo 1). Que consta de 30 preguntas cerradas, en donde se evalúan las tres etapas del consentimiento informado; de acuerdo a los resultados serán calificados en nivel de conocimientos alto, medio, bajo.

Posteriormente se programará la intervención educativa sobre el consentimiento informado en planificación familiar que tendrá una duración aproximada de 3 horas dentro de las instalaciones de la unidad familiar Gabriel Mancera, tomando dos días para la capacitación, de tal forma que el horario de los prestadores de servicio no se vea afectado.

Después de la capacitación nuevamente se someterán a la aplicación del cuestionario denominado “Nivel de conocimientos del consentimiento informado en planificación familiar” (anexo 1). Comparando posteriormente la ganancia de conocimiento y se llevará a cabo el análisis de los resulta.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según los principios generales del reglamento de la ley de salud en materia de investigación, publicada en el año de 1948, el presente estudio de investigación se considera una “investigación sin riesgo”.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto de todos los seres humanos, su salud y sus derechos individuales. La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico, terapéuticos, profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad. En atención al progreso de la ciencia y para el bienestar de la humanidad doliente, se ha hecho indispensable aplicar al hombre los resultados de las experiencias de laboratorio, la Asociación médica mundial ha formulado las recomendaciones que sirven de norma a todos los médicos que realicen trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos y les prohíbe debilitar la resistencia física o mental de un ser humano esto de acuerdo a los reglamentos éticos en la declaración de Helsinki.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, para que sean eficaces, accesibles y de calidad. Este estudio no tiene impedimento ya que no se ve afectado en ningún momento la integridad física y moral del prestador del servicio. De acuerdo a la ley General de Salud 1987, se citan en el título quinto de la investigación para la salud, en su capítulo único de los artículos 96, 97, 98, 100, en donde se puntualizan los objetivos de la investigación para la salud y se comprende el desarrollo de las acciones en coordinación de la secretaria de salud pública e instituciones de Salud, así mismo con el consejo nacional de ciencias y tecnología, adoptándose a los principios éticos que justifican la investigación médica en lo que se refiere a contribuir a la solución de problemas de salud, así como el desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica, se respeta la declaración de Helsinki cuyos principios se basan en respeto, justicia y beneficencia, que es una propuesta de principios éticos de orientación médica y otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

Se solicitara carta de consentimiento informado.

3.10 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Para la realización de esta investigación, los recursos financieros serán proporcionados por el investigador.

- Computadora compac
- Cañón para reproducir presentación
- Unidad de almacenamiento usb para resguardar información
- Servicio de fotocopiado para reproducir encuestas de evaluación.

Para los recursos humanos se contará con el tesista y 1 médicos capacitados en consentimiento informado.

4. RESULTADOS

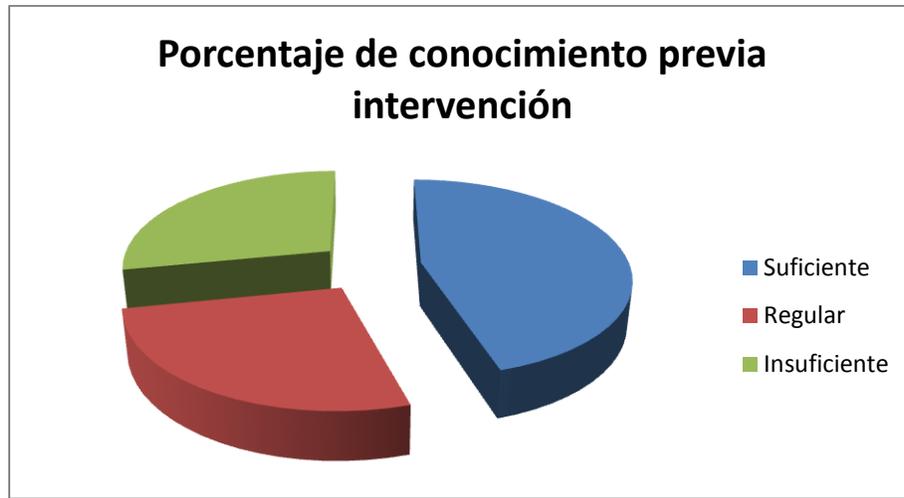
NIVEL DE CONOCIMIENTO PREVIA INTERVENCION EDUCATIVA

	MF TV	MF TM	PF	MAT. INF.	PASANTE	RESIDENTE	
Conocimiento Suficiente	15	14	0	0	0	0	29
Conocimiento Regular	5	7	1	1	2	1	17
Conocimiento Insuficiente	9	8	0	1	0	0	18
	29	29	1	2	2	1	64

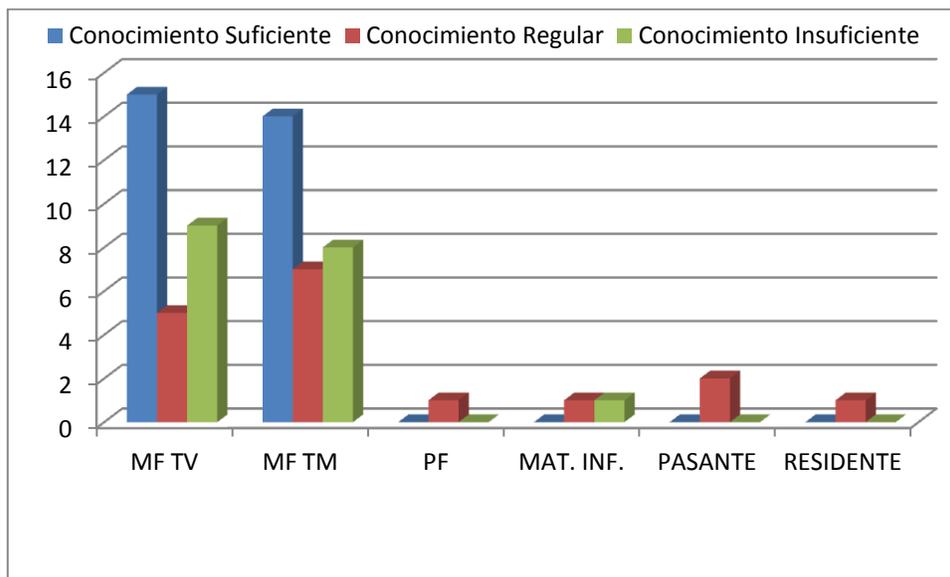
MF TV: médico familiar turno vespertino, MF TM: médico familiar turno matutino. PF: médico de planificación familiar. MAT.INF.: materno infantil.

PORCENTAJE DE NIVEL DE CONOCIMIENTO PREVIA INTERVENCION EDUCATIVA

CONOC. SUFICIENTE		45.3125 %
CONOC. REGULAR		26.5625 %
CONOC. INSUFICIENTE		28.125%



NIVEL DE CONOCIMIENTO PREVIA INTERVENCION EDUCATIVA



Los prestadores de servicios de primer nivel (médicos familiares, médico de planificación familiar, materno-infantil, pasante y residente) estudiados durante el periodo ya indicado fueron en total 64, que comprendieron el 100% de los prestadores sometido al estudio.

Previo a la intervención educativa se arrojaron resultados de conocimiento suficiente en un 45.31% del cual el 100% corresponde a médicos familiares.

En cuanto al conocimiento regular, tenemos que de los 64 prestadores, el 26.56% cae en este rango, del cual, el 45% es representado por los médicos familiares, el 7.5% por pasantes y el resto por materno-infantil y planificación familiar.

Con respecto al conocimiento insuficiente los resultados indican un mayor porcentaje (28.12%) en comparación al conocimiento regular.

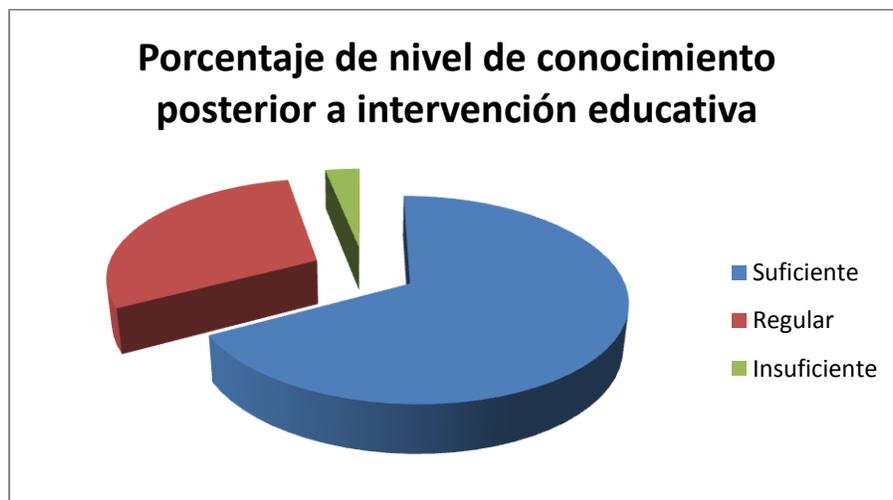
NIVEL DE CONOCIMIENTO POSTERIOR INTERVENCION EDUCATIVA

	MF TV	MF TM	PF	MAT. INF.	PASANTE	RESIDENTE	
Conocimiento Suficiente	20	19	1	0	2	1	43
Conocimiento Regular	9	8	0	2	0	0	19
Conocimiento Insuficiente	0	2	0	0	0	0	2
	29	29	1	2	2	1	

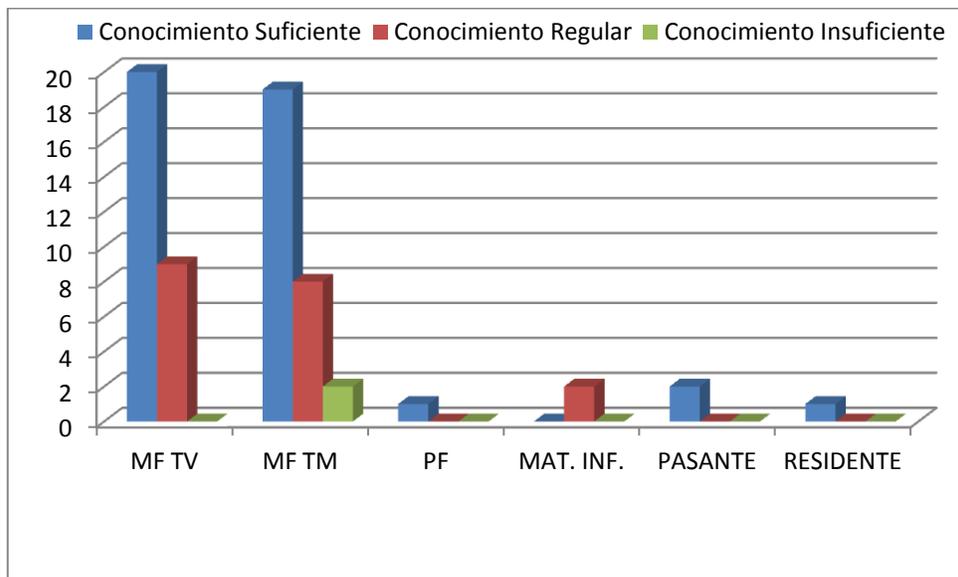
MF TV: médico familiar turno vespertino, MF TM: médico familiar turno matutino. PF: médico de planificación familiar. MAT.INF.: materno infantil.

PORCENTAJE DE NIVEL DE CONOCIMIENTO POSTERIOR INTERVENCION EDUCATIVA

CONOC. SUFICIENTE	67.187%
CONOC. REGULAR	29.6875%
CONOC. INSUFICIENTE	3.125%



NIVEL DE CONOCIMIENTO POSTERIOR INTERVENCION EDUCATIVA



Posterior a la intervención educativa se arrojaron resultados de conocimiento suficiente en un 67.18% del cual el 60% corresponde a médicos familiares, 3.12% a pasantes y 1.5% a residentes y planificación familiar respectivamente.

En cuanto al conocimiento regular, tenemos que de los 64 prestadores, el 29.68% cae en este rango, del cual, el 26.56% es representado por los médicos familiares y el 3.12% por materno-infantil.

Con respecto al conocimiento insuficiente los resultados indican un menor porcentaje (3.12%) representado por médicos familiares.

Para analizar los datos se aplicó la prueba de χ^2 con valores significativos de $p < 0.05$, como se muestra en el siguiente cuadro el resultado fue de 14.4 previo y 9.0 posterior a la intervención educativa.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.141 ^a	10	.167
Likelihood Ratio	14.566	10	.149
Linear-by-Linear Association	.634	1	.426
N of Valid Cases	64		

a. 12 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.003 ^a	10	.532
Likelihood Ratio	10.918	10	.364
Linear-by-Linear Association	.000	1	.994
N of Valid Cases	64		

5. DISCUSIÓN

Retomando parte de la teoría y confrontándolo con los resultados obtenidos se demuestra que efectivamente como se menciona en las hipótesis de investigación, el personal de salud carece de conocimientos sobre el fondo teórico y por lo tanto del práctico en el tema de consentimiento informado y sus 3 etapas, convirtiéndolo en un asunto meramente formal (la firma del documento) omitiendo la parte sustancial que es el fondo y razón del formulario. Es decir, no informa a su paciente de la manera más clara, oportuna y completa sobre riesgos de las intervenciones, con el fin de lograr su autorización y lo que es aún más importante, de trasladarle el riesgo de la decisión.

Se corrobora según los resultados la hipótesis de investigación que: “ los prestadores de servicio como son el médico familiar, médico pasante del servicio social y médico residente de medicina familiar presentan un nivel medio de conocimientos en conocimientos en consentimiento informado en planificación familiar, antes de una intervención educativa.

Posterior a la intervención educativa se comprueba la hipótesis de investigación en la que los prestadores de servicio de primer nivel desarrollaron conocimientos suficientes sobre el consentimiento informado en planificación familiar posterior a la intervención educativa.

6. CONCLUSIONES

El consentimiento informado es el resultado de un proceso de consejería que otorga personal especializado dentro de la unidad, donde el paciente realiza su elección con base a información precisa y adaptada a sus necesidades.

Dado los resultados en este estudio, es necesario reforzar continuamente el aspecto cualitativo, del consentimiento informado, sin menospreciar, claro está, los alcances cuantitativos de los programas de salud reproductiva.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Navarro Reynoso FP, Argüelles-Mier M, Cicero-Sabido R. derechos humanos y consentimiento informado. 2004; 72 (3):p239-245.
2. Brigard de AM. Consentimiento informado del paciente. Rev Colomb Gastroenterol 42004; 19 (4): p277-280.
3. Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la capacidad de la persona: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev Med Chile 2004; 132:p1243-1248.
4. Simón Lorda P., Júdez Gutierrez J. Consentimiento Informado. Med Clin (Barc) 2001; 117: p 99-106.
5. Frenk Mora J, Ruelas Barajas E, Tapia Conyer R, Castañan Roma R, González Pler E, et al. El derecho a la libre decisión en salud reproductiva. 1ª ed. México DF 2002, Secretaria de Salud.
6. Brenes V, Mesa A, Ortiz O, Contreras X, Vernon R, Reyes H, et al. El derecho al consentimiento informado: un ejercicio en construcción. Leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en México. Editorial S. A. de C. V.:p 6-45.
7. Plan de difusión del proceso de consentimiento informado
8. Ley General de Salud, capítulo VI, artículo 67
9. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación familiar NOM 005-SSA2, 1993 Diario Oficial.
10. Ceccheto S, Antecedente del consentimiento del paciente informado. Rev Latinoam Der Med Medic Leg 2001 5 (2):p 77-87.
11. [Http: //www.inegi.gob.mx/contenidos/español/sistemas/perspectivas/perspectiva-df.pdf](http://www.inegi.gob.mx/contenidos/español/sistemas/perspectivas/perspectiva-df.pdf)
12. Instituto Mexicano del seguro social, clínica 28 acceso a derechohabiente (acceder) población adscrita a médico familiar por grupo de edad.
13. diccionario de la Lengua Española. 2010 Espasa-Calpe S.A. Madrid.
14. Prieto Rivero J, Conocimiento y aplicación del consentimiento informado para la planificación familiar por los prestadores del servicio de medicina familiar. 2007.
15. carpeta sobre salud reproductiva un enfoque integral. Manual de capacitación IMSS 2008. Coordinación de salud reproductiva.

8. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN

PLANIFICACION FAMILIAR

(Prestadores de Servicio)

Instrucciones: colocar las letras mayúsculas que correspondan a cada una de las Etapas del Consentimiento Informado en los siguientes enunciados:

- A) Diagnóstico y motivación.
- B) Aceptación
- C) No aceptación
- D) Adopción

1. Refuerza a través de la consejera beneficios del uso d metodología anticonceptiva. ()
2. Explica los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. ()
3. Informa sobre las diferentes opciones anticonceptivas que ofertan las instituciones. ()
4. Facilita el acceso al método anticonceptivo elegido. ()
5. Ratifica la aceptación del método. ()
6. Expresa los mecanismos de acción de los métodos ofertados. ()
7. Utiliza técnicas de consejería. ()
8. Ratifica la información y el respeto absoluto al cambio oportuno de decisión por un método anticonceptivo. ()
9. Ratifica la comprensión de la información proporcionada. ()
10. Identifica causas y razones para no utilizar un método anticonceptivo. ()
11. Comenta acerca de la efectividad de cada método anticonceptivo. ()
12. Aclara las dudas presentadas en la indagación preliminar. ()
13. Respeta la decisión cualquiera que esta sea. ()
14. Investiga acerca de las expectativas reproductivas del o la solicitante. ()
15. Asegura que el o la solicitante entienda el riesgo de embarazo si no utiliza un método anticonceptivo. ()
16. Explica el procedimiento que tiene cada método para su aplicación. ()
17. Identifica mitos y los elimina. ()
18. Pregunta sobre la conveniencia de usar un método anticonceptivo. ()
19. Proporciona el documento a firmar. ()

20. Explica de manera específica las características generales de los métodos temporales y definitivos. ()
21. En DIU medicado da una efectividad superior al 99% durante los cinco años de uso. ()
22. Pregunta al solicitante ¿cuántos hijos piensa tener? ()
23. Firmo este documento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí sin presiones no coerción alguna. ()
24. Califica el riesgo obstétrico y reproductivo. ()
25. Cuanto tiempo dejará pasar para volver a tener otro hijo? ()
26. La OTB impide el paso a los espermatozoides a través de las trompas uterinas evitando la fecundación del óvulo. ()
27. Antecedente en la paciente de dos cesáreas previas y de un mortinato a las 36 semanas de gestación. ()
28. La vasectomía tiene como abordaje la técnica de Li, sin bisturí, bloqueando los conductos deferentes por electro fulguración o interposición de la fascia. ()
29. El dispositivo es un artefacto para colocarse en la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal. ()
30. Los beneficios de la protección anticonceptiva es postergar, espaciar, o limitar con oportunidad su fecundidad. ()

MODO DE CALIFICARSE.

Cada reactivo tiene un valor de 3.33 puntos porcentuales, el valor total, por lo tanto del examen es de 100%, y consta de 30 reactivos.

Existen 10 reactivos por cada fase o etapa del consentimiento informado donde se exploran las tres etapas del consentimiento informado en planificación familiar, Diagnóstico y Motivación, Aceptación y Adopción, en esta última se incluye la No Aceptación.

De acuerdo a los resultados la calificación es:

80-100% ALTO

60-79% MEDIA

Menor de 60% BAJO

Y la traducción de los resultados será:

Alto: mantiene en práctica las actividades de las etapas de consentimiento informado.

Medio: existe la necesidad de asesoría y capacitación en el consentimiento de la etapa o etapas del consentimiento informado.

Bajo: hay desconocimiento grave de las etapas del consentimiento informado y la necesidad urgente de capacitación, asesoría y seguimiento.

BASE DE RESPUESTAS CORRECTAS

Diagnóstico y Motivación

3	Informa sobre las diferentes opciones anticonceptivas que ofertan las instituciones	A
7	Utiliza técnicas de consejería	A
12	Aclara dudas presentadas	A
14	Investiga acerca de las expectativas reproductivas del o la solicitante	A
18	Pregunta sobre la conveniencia de usar un método anticonceptivo	A
22	Pregunta al solicitante: ¿cuántos hijos piensa tener?	A
24	Califica el riesgo obstétrico y reproductivo	A
25	¿Cuánto tiempo dejará pasar para volver a tener otro hijo?	A
27	Antecedente en la paciente de dos cesáreas previas y de un mortinato a las 36 semanas de gestación	A
30	Los beneficios de la protección anticonceptivas es postergar, espaciar, o limitar con oportunidad su fecundidad	A

Aceptación

2	Explica los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos	B
6	Expresa los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos	B
9	Ratifica la comprensión de la información proporcionada	B
11	Comenta acerca de la efectividad de cada método anticonceptivo	B
16	Explica el procedimiento que tiene cada método para su aplicación	B
19	Proporciona el documento a firmar	B
20	Explica de manera específica las características generales de los métodos temporales y definitivos	B
21	El DIU medicado da una efectividad superior al 99% durante los cinco años de uso	B
28	La vasectomía tiene como abordaje la técnica de Li, sin bisturí, bloqueando los conductos deferentes por electrofulguración o interposición de fascia.	B
29	El dispositivo de u artefacto para colocarse en la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.	B

Adopción y No aceptación

1	Refuerza a través de la consejería beneficios del uso de metodología anticonceptiva	C
4	Facilita el acceso al método anticonceptivo elegido	D
5	Ratifica la aceptación del método	D
8	Ratifica la información y el respeto absoluto al cambio oportuno de decisión por un método anticonceptivo	D
10	Identifica causas y razones para no utilizar un método antconceptivo	C
13	Respeto la decisión culaquiera que esta sea	C
15	Asegur que ek o la solicitante entiende el riesgo de embarazo si no utiliza un método anticonceptivo.	C
17	Identifica mitos y los elimina	C
23	Firmo este documento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí sin presiones no coerción alguna.	D
26	Obtiene comprensión total de la responsabilidad compartida, prestador se servicio-usuario.	D

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION DE INVESTIGACION CLINICA.

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de estudio de investigación titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CONSENTIMIENTO INFORMADO APLICADO A PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCION ANTES Y DESPUES DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA”.

En donde el objetivo de estudio es: Determinar la ganancia de conocimiento que existe en los prestadores de servicio acerca de consentimiento informado en salud reproductiva, y de la misma forma fomentar el mejoramiento de la aplicación y obtención del consentimiento informado en planificación familiar.

Se me ha explicado que como prestador de servicios de primer nivel de atención de medicina familiar mi participación consiste en contestar el cuestionario “nivel de conocimientos del consentimiento informado en planificación familiar”, posteriormente ser partícipe de una intervención educativa sobre el mismo y por ultimo ser sometido nuevamente a la evaluación.

Este estudio no implica riesgo alguno de acuerdo a la ley general de salud, y los investigadores se comprometen, a mantener el anonimato y confidencialidad de los datos. Entiendo que conservo mi derecho de retirarme del estudio en cualquier momento de que considere conveniente, sin que ello afecte en mi ejercicio dentro del instituto.

Nombre y firma

Nombre y firma del investigador

Testigo 1

testigo 2

Nombre y firma

Nombre y firma