

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edison Javier Ortiz-Andrade

<https://doi.org/10.35381/r.k.v10i1.4791>

**Percepción del paciente: consentimiento informado en urgencias en Oficina
Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez**

**Patient perception: informed consent in emergency departments at Technical
Office 01D07 Camilo Ponce Enríquez**

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero
rossmary.cajo.88@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca; Azuay
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0003-7886-1767>

Edisson Javier Ortiz-Andrade
edisson.ortiz@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca; Azuay
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0003-1991-0688>

Recibido: 20 de junio 2025
Revisado: 10 de julio 2025
Aprobado: 15 de septiembre 2025
Publicado: 01 de octubre 2025

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

RESUMEN

La investigación tuvo objetivo analizar la percepción de los usuarios sobre su aplicación en la Oficina Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez durante el año 2025. Se realizó un estudio mixto, no experimental, transeccional y correlacional, con una muestra probabilística de 226 pacientes. Se utilizó una versión adaptada del cuestionario QuIC-PT y se realizaron cinco entrevistas a profesionales de salud. Los resultados reflejaron una percepción mayoritariamente favorable: los usuarios valoraron la claridad de la información, la explicación previa y la posibilidad de elegir. La satisfacción se asoció a la disponibilidad de tiempo y la participación activa. Se concluye que el consentimiento informado mejora cuando se garantiza comunicación efectiva, tiempo suficiente y registro adecuado. De igual manera el consentimiento informado en urgencias es fundamental para resguardar la autonomía del paciente mediante una información clara, oportuna y comprensible; se recomienda simplificar formatos y fortalecer las habilidades comunicativas del personal sanitario.

Descriptor: Atención; comunicación; paciente; percepción; hospital. (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze users' perceptions of its application at the Camilo Ponce Enríquez Technical Office 01D07 during 2025. A mixed, non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted with a probabilistic sample of 226 patients. An adapted version of the QuIC-PT questionnaire was used, and five interviews were conducted with healthcare professionals. The results reflected a mostly favorable perception: users valued the clarity of the information, the prior explanation, and the possibility of choice. Satisfaction was associated with the availability of time and active participation. It is concluded that informed consent improves when effective communication, sufficient time, and adequate record-keeping are guaranteed. Similarly, informed consent in emergency departments is essential to safeguard patient autonomy through clear, timely, and understandable information; it is recommended to simplify formats and strengthen the communication skills of healthcare personnel.

Descriptors: Care; communication; patient; perception; hospital. (UNESCO Thesaurus).

Rossmaty Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado constituye una referencia ética y legal arraigada en la práctica asistencial contemporánea; su finalidad radica en resguardar la autonomía de las personas durante la deliberación sobre intervenciones que afectan su salud. Se trata de una decisión voluntaria y consciente, adoptada sin coerción, una vez que la persona recibe información detallada y entendible acerca del procedimiento propuesto, y el concepto ha evolucionado desde un paradigma médico paternalista hacia un modelo participativo.

De acuerdo con Abad et al. (2023) la obtención del consentimiento informado constituye un requisito indispensable antes de la ejecución de cualquier tratamiento o procedimiento médico. Este principio ético está respaldado por normativas internacionales que reconocen y protegen el derecho del paciente a decidir sobre su atención en salud, entre las que se destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki y el Código de Núremberg. Su cumplimiento garantiza el respeto a la autonomía del paciente, y es un componente esencial para brindar una atención médica de calidad, segura y eficaz (Serrano, 2022).

En esta línea, una investigación realizada por Fischer et al. (2025), que incluyó a 1.138 personas atendidas en servicios de urgencias en Alemania, evidenció que el 48,6% poseía capacidad para autorizar el uso secundario de sus datos; de esa fracción 58,5% firmó el consentimiento, cifra que representa 27,5% del total. En este caso, las exclusiones se vincularon sobre todo a barreras idiomáticas en un 35,4% y a la dificultad para procesar la información durante un episodio emergente en un 21,5%, en un entorno de rotación constante de pacientes que restringe la diversidad del conjunto de datos.

También, un análisis a nivel mundial de Kituuka et al. (2023) que integró 18 artículos sobre consentimiento informado en cirugía de emergencia, señaló que la restricción temporal y el estado clínico disminuyen la comprensión de estos formularios; al mismo tiempo, dentro de la muestra 9 trabajos reportaron satisfacción limitada con la información

Rossmaty Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

y 7 describieron dificultades de recordar los elementos que lo integran y capacidad para tomar decisión.

Por otra parte, la incorporación de plataformas digitales representa una oportunidad para mejorar la comprensión del consentimiento informado, sin generar un aumento en el tiempo de hospitalización. En este sentido, el estudio de Edwards y Abujarad (2023) implementó formularios electrónicos a través de tabletas en una muestra de 1.204 personas mayores, obteniendo una aceptación del 84% y una retención del 99% en las encuestas posteriores.

Mientras tanto, en un municipio de São Paulo, Brasil, Saliba et al. (2021) exploraron la percepción de 55 inmigrantes cubanos respecto al consentimiento informado y al acceso a los servicios de salud; los autores encontraron que, aun cuando la atención básica y odontológica resulta accesible, solo 34,3% firmaron el documento de consentimiento, de modo que existe escaso conocimiento sobre el formulario entregado antes de los procedimientos.

En Ecuador, Asitimbay y Molleturo (2024) analizaron la Sentencia 983-18-JP/2, que documenta un evento adverso ocurrido durante la atención médica y que culminó con el fallecimiento de un recién nacido. Este caso evidenció una falla crítica en el proceso de obtención del consentimiento informado, dado que los familiares no recibieron información clara y suficiente para comprender la situación clínica y tomar decisiones oportunas sobre la salud del menor.

Con base en estos antecedentes, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la percepción del paciente sobre la aplicación del consentimiento informado en Urgencias en la Oficina Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez en el año 2025? En correspondencia con la interrogante antes mencionada, surge este estudio que tiene como objetivo general analizar la percepción del paciente sobre la aplicación del consentimiento informado en Urgencias en la Oficina Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez en el año 2025.

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

Consentimiento informado en urgencias médicas: divulgación de la información, capacidad de decisión y voluntariedad

Desde una óptica epistemológica, la noción de consentimiento informado en el ámbito de urgencias articula la primacía de la autonomía con la responsabilidad clínica; el proceso se levanta sobre la transparencia y deliberación compartida entre paciente / usuario y equipo asistencial. Bajo esta premisa, la revisión doctrinal de la asistencia contemporánea pone de relieve que el consentimiento representa un mandato jurídico inseparable de toda intervención, incluso cuando el tiempo apremia, pues la orientación axiológica privilegia la dignidad individual por encima de la eficiencia (Anjali y Jayashree, 2023).

Ante las dinámicas propias de la sala de urgencias de alto tránsito, suele evidenciarse falencias recurrentes en la transmisión de información, la evaluación de aptitud cognitiva para toma de decisiones y la preservación de la voluntad del paciente; en ocasiones, la brevedad de la estancia y la fluctuación del estado clínico pueden limitar la interacción, de manera que el equipo se enfrenta a la tensión entre garantizar beneficios inmediatos y sostener el intercambio sin frenar el flujo asistencial (Kituuka et al., 2023).

Por otra parte, la adaptación de protocolos y normativas aún presenta vacíos. Aunque los formularios de consentimiento informado están disponibles, la implementación de modelos de atención de baja complejidad enfrenta desafíos operativos, como la alta carga asistencial y la ausencia de acompañantes. Estas condiciones limitan la entrega efectiva de la información al paciente y su entorno, lo que repercute negativamente en la comprensión del proceso y en la satisfacción de las familias (Devia et al., 2024). En este sentido, Memon et al. (2024) plantean que el consentimiento informado puede analizarse desde tres componentes principales: divulgación adecuada de la información, capacidad para la toma de decisiones y voluntariedad en la aceptación.

En cuanto a la divulgación de la información, esta se refiere al acto comunicativo mediante el cual se entregan detalles claros y comprensibles sobre los procedimientos, riesgos y alternativas disponibles. Este intercambio abarca la lectura de un formulario, y

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

también incluye una conversación bidireccional que considera las preferencias individuales del paciente y fomenta su capacidad para tomar decisiones informadas (Tarantini et al., 2025).

Con el propósito de mejorar la entrega de información, se han incorporado soportes digitales que combinan audio, video y elementos interactivos. Un ejemplo de esto es la herramienta de consentimiento informado interactivo multimedia virtual (VIC), aplicada a personas mayores en un servicio de urgencias. Esta interfaz multimedia permite a los usuarios avanzar a su propio ritmo, utiliza íconos y preguntas emergentes para facilitar la comprensión y reduce la confusión terminológica (Edwards y Abujarad, 2023).

No obstante, la diversidad lingüística representa un desafío adicional, puesto que la traducción literal de términos técnicos puede afectar su comprensión. En el marco de la competencia cultural en salud pública, la claridad se fortalece al adaptar metáforas propias de cada comunidad y al emplear mediadores comunitarios. Estas estrategias fomentan la confianza y disminuyen las desigualdades de poder durante el diálogo del consentimiento informado (Twimukye et al., 2024). En paralelo, la capacidad de decisión del paciente es fundamental para garantizar una toma de decisiones informada y voluntaria. Esta se define como la aptitud para comprender la situación clínica, evaluar los riesgos y expresar una preferencia coherente y estable. Se debe evaluar en presencia de indicadores de vulnerabilidad cognitiva (Charles et al., 2021).

Con respecto a la medición formal de la capacidad de decisión, hay escalas breves que combinan preguntas sobre comprensión, razonamiento y reconocimiento de consecuencia; en cuanto a la sustitución de decisiones en urgencias se indica que tales instrumentos aportan evidencia estructurada cuando la coherencia verbal resulta dudosa y facilitan el diálogo con representantes legales que pueden ser familiares directos como esposo/a o padres (Markwalter y Kennedy, 2025).

Aun con herramientas estandarizadas, la revisión de consentimientos quirúrgicos de emergencia precisa que los profesionales continúan enfrentando obstáculos para completar la valoración de capacidad en periodos limitados; de manera general, se

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

identifica falta de formación continuada sobre estas temáticas en los profesionales de la salud y escasez de tiempo operacionales como detonantes de consentimientos incompletos (Kituuka et al., 2023).

A su vez, la voluntariedad se entiende como la manifestación libre de presiones coercitivas o manipulativas, constituyendo el tercer componente esencial del consentimiento informado. Desde la ética sanitaria, se reconoce que la libertad para tomar decisiones puede verse afectada tanto por presiones externas como por emociones intensas, hecho que obliga a que la comunicación clínica incluya pausas deliberadas y mecanismos de validación del entendimiento para asegurar una comprensión efectiva (Laurijssen et al., 2022).

A modo ilustrativo, los debates contemporáneos sobre mandatos vacunales han revitalizado la discusión relativa a los umbrales de coerción aceptable; en cuanto a la perspectiva filosófica reciente, se examina hasta qué punto las obligaciones impuestas por terceros afectan la oferta de consentimiento informado, planteando que la percepción de riesgo social modifica el sentido de voluntariedad y demanda mecanismos de supervisión ética adicionales (Smith y Mackie, 2025).

De acuerdo con Thirumoorthy (2023), el consentimiento informado aplicado en urgencias es un proceso dinámico cuya validez depende de la divulgación transparente de la información, la verificación de la capacidad de toma de decisiones y la confirmación de la voluntariedad. Estos elementos convergen en un diálogo en el que el paciente asume un rol activo y el equipo de salud adapta su acompañamiento según la prioridad clínica.

Percepción del paciente que influyen en su satisfacción: interacción con el equipo de salud, entorno y efectividad de las instrucciones

Desde la perspectiva fenomenológica, la percepción del paciente se entiende como una representación subjetiva del proceso asistencial, construida a partir de expectativas previas, valores culturales y experiencias sensoriales. Esta representación influye en el

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

juicio global de satisfacción, orientando la forma en que la persona evalúa tanto la calidad técnica como humana de la atención recibida (Oben, 2020).

Los componentes interrelacionados que conforman la satisfacción son la accesibilidad, confiabilidad y empatía; cada elemento se configura en la persona a partir de comparaciones con expectativas previas y relatos de su comunidad. Se indica que la convergencia entre servicio prometido y experiencia obtenida refuerza la confianza colectiva plena y alimenta la reputación institucional, al tiempo que reduce quejas formales, de modo que las instituciones hospitalarias vigilan de forma meticulosa estos indicadores como parte de sus tableros de gobernanza clínica (Ferreira et al., 2023).

Desde esta perspectiva, Kinney & Sankaranarayanan (2021) promueven tres componentes principales de la percepción del paciente: interacción con el equipo de salud, entorno y efectividad de las instrucciones.

En cuanto a la interacción con el equipo de salud, este componente integra comunicación verbal, lenguaje corporal y disponibilidad emocional que el personal despliega durante la consulta; factores como tono de voz, contacto visual y actitud colaborativa generan señales que el paciente interpreta como cercanía o distanciamiento (Sharkiya, 2023).

En este escenario, la escucha activa, acompañada de validación emocional, convierte la consulta médica en un entorno de toma de decisiones compartidas; por medio de preguntas abiertas e interpretación del contenido médico técnico, el profesional comprueba el entendimiento y adapta la información al nivel cultural de la persona (Meneses et al., 2025).

Por otro lado, el entorno de atención incluye elementos como iluminación, ruido, temperatura y disposición espacial; cada componente influye en la sensación de confort y control que la persona experimenta durante la espera o los procedimientos. La armonía sensorial ayuda a reducir ansiedad y facilita la concentración en las explicaciones clínicas. A su vez, la privacidad favorece la divulgación de información sensible, elevando la percepción de respeto y dignidad (Li et al., 2024).

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

Sobre esa base, la efectividad de las instrucciones entregadas durante el consentimiento informado depende de la aptitud comunicativa del equipo para transmitir indicaciones, riesgos y pasos posteriores de modo comprensible, recordable y con pertinencia cultural; dicha aptitud se apoya en vocablos sencillos, apoyos visuales y tiempo dedicado a preguntas, de modo que la persona reconstruya el mensaje sin ambigüedades y refuerce la confianza en su precisión (Eastman et al., 2022).

De esta manera, la valoración de esa efectividad incluye la verificación interactiva, conocida como *teach-back*, en la que el paciente reproduce con sus propias palabras la información recibida; esta dinámica confirma la transferencia adecuada del significado y facilita corrección inmediata, conservando la coherencia ética del acto de consentir. Desde esta perspectiva, Alzoubi et al. (2023) exponen tal convergencia comunicativa en escenarios de alta demanda como son las salas de urgencias médicas.

MÉTODO

Se empleó un diseño mixto que combinó mediciones cuantitativas con insumos cualitativos para integrar puntajes y relatos del proceso de consentimiento informado; el estudio fue no experimental, pues se observó la atención en urgencias sin manipulación de variables ni asignación de intervenciones. El diseño fue transeccional, con recolección en un solo periodo; el alcance fue correlacional, orientado a estimar la asociación entre la calidad del consentimiento informado y la percepción del paciente, sin afirmar causalidad. La unidad de análisis correspondió al servicio de urgencias de la Oficina Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez. Se obtuvo la aprobación ética institucional y se aplicó consentimiento para la investigación antes de la recolección.

La población estuvo conformada por 542 usuarios atendidos en el área de urgencias en el lapso de la última semana del mes de agosto del año 2025, según datos proporcionados por el departamento de estadística de la institución. Entonces, se calculó el tamaño de la muestra por medio de la fórmula para poblaciones finitas; se utilizó un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, resultando en 226 pacientes,

Rossmay Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

aplicando un muestreo probabilístico aleatorio simple, que otorgó a toda la población la misma oportunidad de ser seleccionada para participar en el estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

En cuanto a los criterios de inclusión se integraron personas mayores de 18 años que recibieron explicación y firma del consentimiento para procedimientos diagnósticos o terapéuticos y que se encontraban estables al aplicar el instrumento. Se excluyeron usuarios sin proceso de consentimiento, con imposibilidad de comunicación, con alteraciones cognitivas permanentes sin representante disponible, o que declinaron participar. Adicional, se entrevistó a cinco profesionales de la salud del área de urgencias. Se adaptó y aplicó el cuestionario QuIC-PT traducido al español, obtenido del estudio de Ferreira et al. (2024). La parte A evaluó conocimiento y entendimiento del proceso con 18 ítems; la parte B midió percepción de la información recibida con 14 ítems. Se agregó una sección para percepción del paciente sobre interacción con el equipo, entorno de atención y efectividad de las instrucciones. Las respuestas se registraron en escala tipo Likert de cinco puntos.

Al mismo tiempo, se diseñó una entrevista para profesionales de urgencias con cinco preguntas: pasos del consentimiento; relación entre tiempos y explicación; señales de dudas o límites para decidir y verificación de capacidad; barreras de idioma, de cultura o del entorno y recursos usados; mejoras en flujos, materiales, formación y registro.

La aplicación se realizó al alta del paciente o dentro de las primeras 24 horas, por enlace de *Google Forms*. Se resguardaron los datos en una planilla electrónica con códigos alfanuméricos. El análisis contempló descriptivos por dimensión, correlaciones entre índices y por edad, sexo, nivel de educación, tipo de procedimiento, tiempo de espera y condición de salida.

RESULTADOS

En esta sección se evidencian los principales hallazgos obtenidos con base en las encuestas aplicadas a pacientes del servicio de urgencias de la Oficina Técnica 01D07

Rossmaty Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

Camilo Ponce Enríquez. De acuerdo con el estadístico de Kolmogorov-Smirnov, todas las variables evaluadas presentaron valores de significación menores a 0,001, lo que indicó ausencia de ajuste a la distribución normal en los datos de la muestra.

En la tabla de distribución demográfica, se identificó que la mayor parte de los encuestados se encontraba en el rango de 18 a 30 años. Predominaron las mujeres dentro de la muestra y, en lo referente al nivel educativo, la categoría con mayor frecuencia correspondió a quienes alcanzaron educación superior. Respecto a la pregunta sobre si era la primera vez que los pacientes acudían al área de urgencias de la institución, la mayoría de los participantes indicó que en efecto se trataba de su primera visita, evidenciando que gran parte de los usuarios encuestados no había tenido experiencias previas en este servicio.

La valoración de la atención recibida en urgencias mostró que el 50,0 % de los usuarios calificó el servicio como excelente y el 35,8 % como bueno, mientras que el 13,3 % la consideró regular y solo el 0,9 % la definió como mala. De manera complementaria, al preguntar si el personal de salud fue amable y respetuoso (ver figura 1), el 64,2 % respondió siempre, el 28,8 % indicó algunas veces, el 6,2 % rara vez y el 0,9 % nunca.

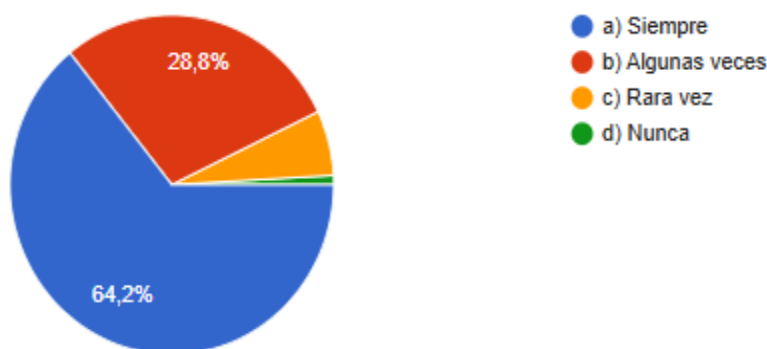


Figura 1. Sintió amabilidad y respeto en el trato del personal de salud.
Fuente: Personal de salud.

Rossmay Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

Datos obtenidos a partir de la encuesta aplicada a pacientes en el servicio de urgencias de la Oficina Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez. En relación con el conocimiento del consentimiento informado (ver figura 2), el 74,8 % afirmó entenderlo de forma clara, el 21,2 % señaló haber escuchado del tema sin plena claridad y apenas un 4,0 % nunca había oído hablar de este concepto. En cuanto a la explicación previa al procedimiento, el 77,9 % aseguró que la recibió de manera completa, el 19,5 % mencionó que fue parcial y el 2,7 % indicó que no recibió explicación alguna.



Figura 2. Conocimiento sobre consentimiento informado.

Fuente: Personal de salud.

Sobre la fuente de la información, el 77,4 % manifestó que fue proporcionada por el médico tratante, el 10,2 % por personal de enfermería, el 8,8 % por otros trabajadores y el 3,5 % no recibió información. En lo relativo a la claridad de los contenidos, el 73,9 % declaró que fueron muy claros, el 22,1 % algo claros, mientras que un 1,8 % los consideró poco claros y un 2,2 % expresó no haber entendido nada.

En lo concerniente a la solicitud de firma de consentimiento, el 83,6 % respondió afirmativo, el 9,3 % dijo que no y el 7,1 % no lo recordó. Respecto a la oportunidad de leer el documento antes de firmarlo, el 77,0 % manifestó haberlo leído completo, el 13,3 % solo una parte, el 3,5 % no lo leyó y el 6,2 % no firmó ningún documento. De igual manera, al analizar si se explicaron los riesgos y beneficios del procedimiento (ver figura

Rossmaty Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

3), el 77,9 % afirmó que la información fue clara, el 18,6 % expresó que fue general y el 3,5 % manifestó que no recibió explicación.

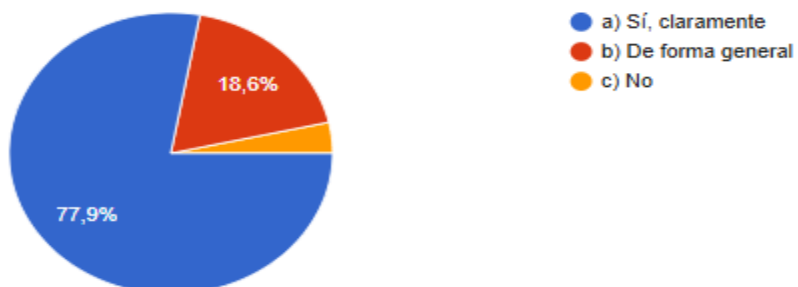


Figura 3. Le explicaron riesgos y beneficios.

Fuente: Personal de salud.

Sobre la existencia de alternativas de tratamiento, el 85,0 % señaló que sí se le informaron, mientras que un 7,5 % indicó que no y otro 7,5 % consideró que no aplicaba en su caso. Asimismo, cuando se consultó si el consentimiento informado protege sus derechos, el 70,8 % indicó estar totalmente de acuerdo, el 25,2 % de acuerdo y solo un 4,0 % en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

Para finalizar, sobre la aplicación universal del consentimiento informado, el 70,8 % consideró que debería aplicarse en todos los procedimientos, el 21,2 % opinó que solo si el paciente está consciente, el 7,5 % expresó que en urgencias no debía aplicarse y un 0,4 % no tuvo opinión.

Por otra parte, en el análisis de la tabla de contingencia de la satisfacción general con la pregunta si los pacientes consideraron que les dieron tiempo suficiente para tomar una decisión (ver tabla 1), se evidenció una relación clara. En efecto, el 96,4 % de quienes se declararon muy satisfechos afirmaron haber contado con tiempo suficiente, mientras que entre los poco satisfechos la mayoría indicó no haber tenido ese espacio o que no fue necesario. La relación se respalda en estadística por la significancia encontrada en la prueba de chi-cuadrado ($p < 0,001$).

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

Tabla 1.
Contraste entre la satisfacción general y tiempo para tomar decisión del paciente.

			¿Le dieron tiempo suficiente para tomar una decisión?			Total
			Sí	No	No fue necesario	
Satisfacción general	Muy satisfecho	Recuento	133	1	4	138
		% dentro de Satisfacción general	96,4%	0,7%	2,9%	100,0%
	Satisfecho	Recuento	48	8	11	67
		% dentro de Satisfacción general	71,6%	11,9%	16,4%	100,0%
	Poco satisfecho	Recuento	3	5	6	14
		% dentro de Satisfacción general	21,4%	35,7%	42,9%	100,0%
	Nada satisfecho	Recuento	4	1	2	7
		% dentro de Satisfacción general	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%
Total	Recuento		188	15	23	226
	% dentro de Satisfacción general		83,2%	6,6%	10,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,275 ^a	6	<,001
N	226		

Elaboración: Los autores.

En el resultado de la tabla 2, se observó una asociación significativa entre la percepción de libertad para rechazar un procedimiento y la sensación de presión al firmar el consentimiento. Así, entre quienes afirmaron haber tenido libertad, el 66,8 % señaló no haberse sentido presionado, mientras que el 28,9 % sí lo estuvo. En contraste, dentro de quienes no supieron responder sobre su libertad, dos tercios declararon no haber firmado.

Rossmar y Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

La prueba de chi-cuadrado confirmó esta relación con una significación estadística $p < 0,001$.

Tabla 2.

Contraste entre libertad de rechazar procedimiento y firma del consentimiento.

		¿Se sintió presionado/a a firmar el consentimiento?			Total
		Sí	No	No firmé nada	
Libertad para rechazar el procedimiento	Sí	Recuento % dentro de libertad para rechazar el procedimiento	54 28,9%	125 66,8%	8 4,3%
	No	Recuento % dentro de libertad para rechazar el procedimiento	4 16,7%	18 75,0%	2 8,3%
	No lo sé	Recuento % dentro de libertad para rechazar el procedimiento	1 6,7%	4 26,7%	10 66,7%
Total		Recuento % dentro de libertad para rechazar el procedimiento	59 26,1%	147 65,0%	20 8,8%
Pruebas de chi-cuadrado					
		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado Pearson		de 68,480 ^a	4	<,001	
N		226			

Elaboración: Los autores.

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

En la tabla 3, se evidencia una relación directa entre la posibilidad de hacer preguntas y la percepción de que la opinión del paciente fue considerada. Entre quienes pudieron preguntar, el 91,6 % afirmó que su opinión fue tomada en cuenta, frente a apenas el 18,8 % en quienes no pudieron hacerlo. En el grupo que no lo intentó, menos de la mitad percibió consideración plena de su opinión. La prueba de chi-cuadrado mostró significación estadística ($p < 0,001$).

Tabla 3.

Contraste entre libertad de rechazar procedimiento y firma del consentimiento.

		¿Sintió que su opinión fue tomada en cuenta en la decisión del tratamiento?				
		Sí	Parcialmente	No	Total	
Pudo hacer preguntas antes de aceptar el procedimiento	Sí	Recuento	174	16	0	190
		% dentro de Pudo hacer preguntas	91,6%	8,4%	0,0%	100,0%
	No	Recuento	3	10	3	16
		% dentro de Pudo hacer preguntas	18,8%	62,5%	18,8%	100,0%
	No lo intenté	Recuento	9	7	4	20
		% dentro de Pudo hacer preguntas	45,0%	35,0%	20,0%	100,0%
Total		Recuento	186	33	7	226
		% dentro de Pudo hacer preguntas	82,3%	14,6%	3,1%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,019 ^a	4	<,001
N	226		

Elaboración: Los autores.

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

Análisis de las entrevistas

El consentimiento informado en urgencias es descrito por los profesionales del campo de la salud como un proceso indispensable para resguardar la autonomía del paciente, incluso en contextos que exigen una atención rápida. Los profesionales destacan que su valor radica en proporcionar información clara sobre los procedimientos, riesgos y alternativas, lo que permite al paciente tomar decisiones con conocimiento suficiente.

Se identifica al médico tratante como el principal responsable del proceso, aunque otros miembros del equipo pueden asumir esta función cuando las circunstancias lo requieren. Asimismo, se señala que la firma de testigos se emplea en casos de negativa o imposibilidad de registro por parte del paciente, con el objetivo de garantizar la trazabilidad y la transparencia del acto.

Entre los principales obstáculos se mencionan la limitada comprensión de la información por parte de los pacientes, el uso de formularios estandarizados con lenguaje técnico poco accesible y la presión derivada del contexto clínico. En situaciones donde el paciente no puede decidir, la autorización recae en los familiares; en su ausencia, se actúa conforme al principio de urgencia vital, dejando constancia en la historia clínica.

Como propuestas de mejora, los profesionales sugieren simplificar los formatos, implementar guías rápidas, reforzar la capacitación en comunicación y flexibilizar ciertos procesos de aprobación para adaptarlos mejor al entorno de urgencias.

Percepción del paciente sobre la aplicación del consentimiento informado en el servicio de urgencias de la Oficina Técnica 01D07 Camilo Ponce Enríquez

Los resultados evidenciaron asociaciones entre diversas dimensiones del consentimiento informado y la percepción general de los pacientes atendidos en urgencias. El análisis permitió identificar los diez vínculos más relevantes, los cuales muestran con claridad cómo se entrelazan la autonomía, la comunicación y la calidad percibida del servicio de salud en situaciones de emergencia.

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

En primer lugar, se destacó la correlación entre la percepción de libertad para rechazar el procedimiento y la consideración de que el consentimiento informado protege los derechos del paciente ($\rho = 0,504$; $p < 0,001$). Este hallazgo indicó que la idea de protección se encuentra asociada a la posibilidad real de ejercer autonomía. Cuando los pacientes sienten que pueden decir no sin consecuencias negativas, interpretan el proceso como un mecanismo de defensa de sus derechos y no solo como un requisito administrativo.

De igual manera, la satisfacción global con el proceso mostró relaciones de gran magnitud con dos factores: la percepción de que el consentimiento protege derechos ($\rho = 0,657$; $p < 0,001$) y la claridad de la información recibida ($\rho = 0,542$; $p < 0,001$). Este resultado reflejó que los usuarios valoran de forma positiva el proceso cuando entienden con precisión los contenidos y, además, cuando sienten que el procedimiento asegura su dignidad y autonomía. La confianza en el sistema se nutre tanto de la transparencia comunicativa como del reconocimiento explícito de los derechos.

Por otra parte, el tiempo otorgado para tomar una decisión apareció como un factor determinante dentro de la calidad del consentimiento informado. En este sentido, se observó correlación significativa entre el tiempo disponible y la posibilidad de leer el documento antes de firmarlo ($\rho = 0,653$; $p < 0,001$), la explicación de riesgos y beneficios ($\rho = 0,651$; $p < 0,001$) y la información sobre alternativas de tratamiento ($\rho = 0,666$; $p < 0,001$). Estos hallazgos sugirieron que disponer de tiempo no solo garantiza un acto formal, sino que habilita espacios de reflexión que permiten comprender y comparar opciones, reforzando la validez del consentimiento.

Asimismo, la percepción de que la opinión del paciente fue tomada en cuenta mostró alta correlación con la explicación de alternativas de tratamiento ($\rho = 0,562$; $p < 0,001$) y con la posibilidad de hacer preguntas al personal de salud ($\rho = 0,559$; $p < 0,001$). Esto evidenció que la participación activa se construye cuando existen mecanismos de diálogo y cuando el paciente siente que puede incidir en la decisión clínica. Escuchar preguntas y ofrecer opciones se traduce en un reconocimiento real de la voz del paciente.

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

La calificación de la calidad de la atención en urgencias presentó una correlación muy alta con la percepción de amabilidad y respeto del personal de salud ($\rho = 0,696$; $p < 0,001$). Sumado a ello, la satisfacción global con el consentimiento se asoció de forma fuerte con la valoración de la atención recibida ($\rho = 0,606$; $p < 0,001$). Estos vínculos mostraron que la experiencia del consentimiento informado no puede separarse de la calidad global del servicio, ya que el trato humano constituye la base para que la información sea creíble y la decisión voluntaria.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio coinciden con lo señalado por Fischer et al. (2025), al confirmar la centralidad de la autonomía en el consentimiento informado. En ambos casos, la satisfacción del paciente se relaciona con disponer de tiempo para decidir y recibir información clara. El estudio alemán también enfatiza que la comprensión y la voluntariedad son esenciales, incluso bajo presión asistencial. En ambos contextos, la percepción de derechos está vinculada a la posibilidad real de elegir.

No obstante, existen diferencias en el tipo de consentimiento evaluado. Este estudio se enfocó en el consentimiento clínico para procedimientos urgentes, mientras que Fischer et al. (2025) analizaron el consentimiento para el uso secundario de datos y biomateriales. Esto infiere que la aceptación puede variar según el contexto: suele ser mayor cuando la decisión afecta la atención inmediata y menor cuando se refiere a la cesión de información para investigación.

Fischer et al. (2025) también identificaron barreras idiomáticas y dificultades de comprensión durante la hospitalización. En cambio, los participantes de este estudio reportaron buena claridad en la información, posibilidad de lectura y tiempo suficiente para decidir. Estos factores se asociaron positivamente con la satisfacción, lo que refleja un entorno más favorable para el consentimiento en procedimientos clínicos.

Otra diferencia relevante es el sesgo de selección. En el estudio alemán, se limitó la muestra por la imposibilidad de contactar a ciertos pacientes hospitalizados. En esta

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edison Javier Ortiz-Andrade

investigación, la aplicación del cuestionario tras la estabilización o al alta permitió alcanzar una muestra más representativa y evaluar el proceso desde la experiencia directa, integrando comunicación, voluntariedad y satisfacción general.

Por su parte, Kituuka et al. (2023) identificaron tensiones comunes en cirugía de urgencia, como la escasez de tiempo, variaciones en la capacidad decisional y una comunicación fragmentada. De forma similar, las entrevistas locales revelaron dificultades para comprender la información y formularios poco accesibles. Sin embargo, la encuesta mostró niveles altos de explicación de riesgos, lectura previa y oportunidad de decisión, con asociaciones favorables hacia la satisfacción del usuario.

Además, Kituuka et al. (2023) señalaron experiencias dispares respecto a la voluntariedad, con algunos pacientes y acompañantes percibiendo presión. En este estudio, se observa que quienes reportaron sentirse libres de decidir no se sintieron presionados, mientras que quienes dudaron de esa libertad tendieron a no firmar. Esto resalta la importancia de proteger el derecho a elegir sin coacción.

Para concluir, tanto Kituuka et al. (2023) como los resultados de este estudio consideran importante fortalecer la participación del paciente. Aquí, la posibilidad de hacer preguntas y recibir alternativas se relacionó directamente con la percepción de que su opinión fue tomada en cuenta, lo que refuerza la calidad del proceso comunicativo.

En conjunto, mientras los estudios internacionales evidencian barreras estructurales, los resultados locales muestran que, con una buena organización y aplicación del consentimiento en momentos clínicos adecuados, es posible garantizar procesos con claridad, tiempo y voluntariedad. La combinación de comunicación efectiva y respeto por la decisión parece ser el principal factor asociado con la satisfacción del paciente en el entorno de urgencias.

CONCLUSIONES

El consentimiento informado en urgencias es fundamental para resguardar la autonomía del paciente mediante una información clara, oportuna y comprensible. Los marcos

Rossmory Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

internacionales respaldan este principio, aunque su implementación enfrenta desafíos como la presión temporal, las barreras idiomáticas y la vulnerabilidad clínica. Las herramientas digitales pueden ser un apoyo valioso siempre que se adapten culturalmente y se integren con un enfoque pedagógico. Asimismo, experiencias regionales y sentencias judiciales evidencian que el no contar con información suficiente compromete derechos y seguridad, lo cual exige fortalecer los procesos, la verificación del entendimiento y el registro responsable.

El consentimiento se sostiene en tres pilares: divulgación adecuada, verificación de capacidad y voluntariedad. Su aplicación requiere tiempo real para explicar riesgos y alternativas, confirmar la comprensión y documentar la elección. Barreras como la saturación asistencial, las diferencias idiomáticas y la falta de privacidad afectan la claridad y participación; sin embargo, esquemas escalonados, intérpretes neutrales y soportes digitales culturalmente ajustados contribuyen a fortalecer la autonomía sin demorar la atención. Así, la transparencia y el diálogo aseguran decisiones respetuosas de los derechos y compatibles con la prioridad clínica.

Los resultados evidencian una experiencia favorable del consentimiento en urgencias, con alta valoración del trato recibido y la claridad de la información. La mayoría de los pacientes reporta haber recibido explicación previa del procedimiento, acceso a alternativas y oportunidad para leer y firmar el consentimiento. La satisfacción se relaciona con disponer de tiempo para decidir, y la percepción de libertad para rechazar se asocia con menor sensación de presión. Además, la posibilidad de formular preguntas se vincula con la sensación de que su opinión fue tomada en cuenta.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTO

A todos los factores sociales involucrados en el desarrollo de esta investigación.

Rossmaty Nichole Cajo-Guerrero; Edisson Javier Ortiz-Andrade

REFERENCIAS CONSULTADAS

- Abad, D., Peñaherrera, D., & Campos, S. (2023). Consentimiento informado. *Metro Ciencia*, 31(2), 3–10. <https://n9.cl/m8kaw>
- Alzoubi, H., Karasneh, R., Irshaidat, S., Abuelhaija, Y., Aburouq, S., Omeish, H., Serhan, H. (2023). Exploring the Use of YouTube as a Pathology Learning Tool and Its Relationship With Pathology Scores Among Medical Students: Cross-Sectional Study. *JMIR Medical Education*, 9(45372), 1-12. <https://n9.cl/ggqiom>
- Anjali, G., y Jayashree, S. (2023). Informed consent – Ethical doctrine and a legal mandate. *Current Medicine Research and Practice*, 13(6), 286-291. https://doi.org/10.4103/cmnp.cmnp_82_23
- Asitimbay , M., y Molleturo, J. (2024). La relevancia del consentimiento informado en la responsabilidad penal médica: Sistemas jurídicos en la Comunidad Andina. *Digital Publisher CEIT*, 10(1), 20-36. <https://doi.org/10.33386/593dp.2025.1-1.2999>
- Charles, L., Brémault, S., Pike, A., Vokey, C., Kilkenny, T., Johnson, M., Parmar, J. (2021). Decision-making capacity assessment education. *Journal of the American Geriatrics Society*, 9-13. <https://doi.org/10.1111/jgs.17067>
- Devia, G., Vargas, J., y Esmeral, N. (2024). Impact of the Implementation of a Low-Complexity Emergency Care Protocol in the Patient Experience at a Level 3 Academic Institution in Colombia. *Open Access Emerg Med*, 18(16), 329-336. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S478196>
- Eastman, M., Kalesnikava, V., y Mezuk, B. (2022). Experiences of care coordination among older adults in the United States: Evidence from the Health and Retirement Study. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2429-2435. <https://n9.cl/81pvi>
- Edwards, C., y Abujarad, F. (2023). Digital Informed Consent for Older Adults in Emergency Department Research. *Health Informatics and Biomedical Engineering Applications*, 78, 1-10. <https://doi.org/10.54941/ahfe1003449>
- Ferreira, D., Vieira, I., Pedro, M., Caldas, P., y Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare (Basel)*, 11(5), 639. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>

Rossmay Nichole Cajo-Guerrero; Edison Javier Ortiz-Andrade

- Fischer, A., Eienbröker, L., Möckel, M., Hanses, F., Hans, F., Wolfrum, S., Slagman, A. (2025). Broad consent in the emergency department: a cross sectional study. *Archives of Public Health*, 83(44), 1-17. <https://n9.cl/o5jo1>
- Kinney, A., y Sankaranarayanan, B. (2021). Effects of Patient Portal Use on Patient Satisfaction: Survey and Partial Least Squares Analysis. *J Med Internet Res*, 23(8). <https://doi.org/10.2196/19820>
- Kituuka, O., Munabi, I., Mwaka, E., Galukande, M., Harris, M., y Sewankambo, N. (2023). Informed consent process for emergency surgery: A scoping review of stakeholders' perspectives, challenges, ethical concepts, and policies. *SAGE Open Med*, 11, 1-14. <https://n9.cl/zuljw>
- Laurijssen, S., Van-der-Graff, R., Van-Djik, W., Schuit, E., Groenwold, R., Grobbee, D., y de-Vries, M. (2022). When is it impractical to ask informed consent? A systematic review. *Clinical Trials*, 19(5). <https://n9.cl/5bq99>
- Li, Y., Zhang, H., Shen, X., Sun, B., y Qu, K. (2024). Evaluating building performance and patient well-being in healthcare facilities: A literature review of environmental quality and design strategies. *Journal of Building Engineering*, 98(111031). <https://doi.org/10.1016/j.jobbe.2024.111031>
- Markwalter, D., y Kennedy, S. (2025). Capacity and Surrogate Decision-making in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*, 43(2), 317-329. <https://n9.cl/l5n6r>
- Memon, Asif, Shah, Kiran, Khoso, Tofique, Edwards. (2024). Clinicians' experiences of obtaining informed consent for research and treatment: a nested qualitative study from Pakistan. *BMC Medical Ethics*, 25(131). <https://n9.cl/bga90>
- Meneses, M., Fernández, V., Suvo, J., Ocupa, H., Grijalva, R., y Ocupa, G. (2025). Enhancing Healthcare Efficiency: The Relationship Between Effective Communication and Teamwork Among Nurses in Peru. *Nurs Rep*, 15(2). <https://n9.cl/495l28>
- Oben, P. (2020). Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *J Patient Exp*, 7(6), 906-910. <https://doi.org/10.1177/2374373520951672>
- Saliba, T., Garbin, A., Garbin, C. y Téllez, M. (2021). Percepción de los inmigrantes: consentimiento informado y acceso a servicios de salud. *Revista Bioética*, 29(3), 600-605. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293495>

Rossmaty Nichole Cajo-Guerrero; Edison Javier Ortiz-Andrade

- Serrano, F. (2022). El consentimiento informado como un continuo narrativo. *Revista de Bioética y Derecho*, 1(54), 83-102. <https://n9.cl/2bnij>
- Sharkiya, S. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 23(886). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- Smith, M., y Mackie, E. (2025). Do vaccine mandates impair the voluntariness of informed consent? *Journal of Medical Ethics*, 0, 1-5. <https://doi.org/10.1136/jme-2025-110950>
- Tarantini, G., Fraccaro, C., Porzionato, A., Van-Mieghem, N., Treede, H., Shammas, N., . . . Ferrara, S. (2025). Informed Consent and Shared Decision-Making in Modern Medicine: Case-Based Approach, Current Gaps and Practical Proposal. *The American Journal of Cardiology*, 241, 77-83. <https://n9.cl/wgbiy>
- Thirumoorthy, T. (2023). Core concepts of consent in medical practice. *SMJ Singapore Medical Journal*, 64(6), 398-402. <https://n9.cl/71r0w8>
- Twimukye, A., Nabukenya, S., Kawuma, A., Bayigga, J., Nakijoba, R., Asimwe, S., . . . Waitt, C. (2024). 'Some parts of the consent form are written using complex scientific language': community perspectives on informed consent for research with pregnant and lactating mothers in Uganda. *BMC Med Ethics*, 25(149). <https://n9.cl/fhamz1>