ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PROTOCOLO DE DISENTIMIENTO INFORMADO



Responsable	Cargo	Nombre completo	Firma
Elaboró	Contratista	Stef Salud	
Revisó	Coordinador Médico	Consuelo Escorcia Moreno	
Aprobó	Gerente	Yesenia Hernández Hernández	

Quienes suscribimos este documento manifestamos haberlo revisado previamente, confirmando que su contenido cumple con la normativa legal vigente. Por tanto, lo presentamos bajo nuestra responsabilidad para su respectiva firma

CONTENIDO

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVO GENERAL 3
3. ALCANCE 4
4. MARCO NORMATIVO 4
5. RESPONSABLE DE LA EJECUCION 5
6. NIVEL DE RESPONSABILIDAD 5
7. ELEMENTOS DEL DISENTIMIENTO INFORMADO 5
8. DEFINICIONES 6
9. PROCEDIMIENTO 8
10. CONTENIDO DEL DISENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL 11
11. CONTROL DE CAMBIOS 12
12. ANEXO No 01 FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA 13
13. ANEXO No 02 FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA 14
14. ANEXO No 03 FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE CITOLOGIA 15

..... 15

1. INTRODUCCION

El disentimiento informado es una manifestación jurídica de oposición a cualquier tipo de terapia o aplicación de tecnología sanitaria, que en no pocas ocasiones es evadido o eludido por los agentes sanitarios, produciendo un quiebre en los derechos de los pacientes.

A partir de los hallazgos, se llegará a la inevitable conclusión consistente en que el disentimiento informado es un derecho fundamental que encuentra sus cimientos en la dignidad humana, la autonomía de la voluntad, el libre desarrollo de la personalidad, la integridad personal, el derecho a la información, la salud y la vida entre otros.

En los casos en que se presente tensión entre el principio de beneficencia que inspira el profesional médico y la autonomía de la voluntad del paciente, en el caso del disentimiento informado, prima este último.

2. OBJETIVO GENERAL

Garantizar y facilitar donde se expresa la negación por parte del paciente, sus familiares o personas responsables, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos que son necesarias para el manejo de la salud del paciente.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar habilidades de comunicación y diálogo eficaz para el entendimiento del disentimiento informado.
- Realizar una información clara al paciente, familia y/o acompañante

3. ALCANCE

Debe aplicarse en todos los servicios y unidades de apoyo en que se presten servicios de salud, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y en general, procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes sobre la salud del paciente ya sean adultos o pediátricos, personas en condición de discapacidad.

4. MARCO NORMATIVO

LEY 23 DE 1981 "Por lo cual se dictan normas en materia de ética médica"

ARTICULO N°5: La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos;

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.

2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.

3. Por solicitud de terceras personas.

4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

ARTICULO 15 El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTÍCULO 16: La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

CORTE CONSTITUCIONAL. SENTENCIA T-401/94: Establece: "toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la carta de derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional.".

5. RESPONSABLE DE LA EJECUCION

El profesional de la salud que va a ejecutar los procedimientos al paciente es el que debe entregar la información y conseguir el Desistimiento del Paciente. Debe ofrecer una información de buena calidad. Tiene que comunicarse con sus pacientes de la forma más sencilla y clara posible posibilitando así, la competencia de los pacientes para decidir en general, procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes sobre la salud del paciente ya sean adultos o pediátricos.

6. NIVEL DE RESPONSABILIDAD

- Médicos.
- Enfermeras.
- Fisioterapeutas.
- Bacteriólogos.
- Psicólogos.
- Odontólogos.
- Trabajadoras sociales.
- Coordinador Médico.
- Subgerente Científico.
- Gerente.

7. ELEMENTOS DEL DISENTIMIENTO INFORMADO

Voluntariedad: Acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación. Información en cantidad suficiente.

Información en cantidad suficiente: Solo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología.

Información con calidad suficiente: Se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. a información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.

Competencia: Según la teoría del disentimiento informado solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto o sea de otorgar o no el disentimiento

El disentimiento informado es la negativa de un paciente a un procedimiento médico o quirúrgico. Es un derecho fundamental que se basa en la autonomía de la voluntad y la dignidad humana.

Características

- Es una manifestación jurídica de oposición a cualquier tipo de terapia o aplicación de tecnología sanitaria.
- Se expresa mediante un documento escrito, firmado por el paciente, acompañante, familiar o representante legal.
- Se debe aplicar en todos los servicios de salud que presten procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.

8. DEFINICIONES

Atención en Salud: servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

Bioética: Es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios de conducta humana de la vida; la ética está aplicada a la vida humana y no humana. En un sentido más amplio, sin embargo, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general.

Comprensión: Es la capacidad de comprender que tiene el paciente que recibe la información.

Disentimiento Informado: Documento escrito, signado por el paciente, acompañante, familiar o representante legal, mediante el cual se rechaza un acto o procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido

Coacción: Es un término empleado frecuentemente en Derecho y ciencia política que se refiere a la violencia o imposición de condiciones empleadas para obligar a un sujeto a realizar u Omitir una determinada conducta.

Falla de la Atención en Salud: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

Información: Debe ser comprensible y debe incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios y riesgos potenciales y la posibilidad de rechazar el tratamiento o estudio una vez iniciado en cualquier momento, sin que ello le pueda perjudicar en otros tratamientos.

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

Procedimientos: Actividades que se realizan con motivos de diagnosticar y tratar, que realiza el equipo de salud y que tiene por objetivos la prevención, terapia o rehabilitación de un paciente.

Voluntariedad: Las personas deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción. El carácter voluntario del disentimiento es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

Seguridad del Paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

9. PROCEDIMIENTO

En los servicios hospitalarios, urgencias y observación

No	QUIEN (responsable)	COMO (Descripción)	CUANDO
1	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Saludar y presentarse de manera amable al paciente y/o familiar, brindarle un ambiente cómodo, y permita al usuario leer y comprender la información contenida en el documento: Disentimiento Informado	El paciente este recibiendo prestación de servicios de salud y sea necesario realizar algún tipo de procedimiento invasivo.
2	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Explicar al paciente y/o familiar de manera clara, completa y sencilla el procedimiento a realizar que incluya entrega de información como: 1. Descripción del procedimiento. 2. Beneficios del procedimiento. 3. Riesgos del procedimiento	Antes de realizar el procedimiento.
3	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Aclarar al paciente que, si éste rechaza el tratamiento y/o procedimiento que se le recomienda, o lo suspende una vez iniciado, puede continuar recibiendo atención medica en la institución.	Surgen las dudas una vez explicado el procedimiento o piden concepto a familiares
4	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Verificar con el paciente y/o familia la comprensión de la información suministrada frente al procedimiento y/o tratamiento	Las veces que sean necesarios
5	Paciente, familiar, responsable legal o profesional de la salud	Registrar el disentimiento de la realización del procedimiento mediante firma y/o huella del paciente y/o representante. Se debe tener en cuenta que el disentimiento informado para estos servicios se firmara una única vez al ingreso del paciente y debe permanecer en Historia Clínica	Cuando se va a realizar procedimiento actividades de enfermería una vez en el ingreso de urgencias y hospitalización

		durante la atención hospitalaria. discapacidad quien debe recibir la información y firmar debe ser el familiar en grado de consanguinidad desistiendo de él o (los) procedimientos.	
6	Personal Asistencial, familiar	Si el paciente es un menor de edad, o estado de inconciencia o persona en condición de	Menores de edad, pacientes inconscientes o algún tipo de condición de discapacidad
7	Profesional Enfermera y/o Auxiliar de Enfermería	Una vez el medico defina egreso del paciente de la Institución se deben entregar el Disentimiento Informado diligenciados en la atención al paciente al responsable de custodiarlo antes de la entrega al Archivo Clínico mediante una relación en el Libro de Control Registros	Egreso de cada paciente.
8	Enfermera y/o Auxiliar de enfermería	Entrega de Disentimiento informado al Archivo Clínico dejando registro de recibido en el Libro de Control Entrega Documentos	Semanal
9	Auditor Medico	**Inspección y verificación:** Ejecutar auditorias para verificar la aplicación del procedimiento que incluya: 1. Auditoría para verificar el correcto diligenciamiento del formato. 2. Evaluación con el usuario la correcta aplicación del procedimiento y entendimiento del mismo.	Trimestral

En los servicios de Consulta Externa, Apoyo Terapéutico, Apoyo Diagnostico, Odontología, RIAS

No	QUIEN (responsable)	COMO (Descripción)	CUANDO
1	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Saludar y presentarse de manera amable al paciente y/o familiar, brindarle un ambiente cómodo, y permita al usuario leer y comprender la información contenida en el documento: Disentimiento informado	En el momento que el paciente solicite la atención y requiera procedimientos invasivos
2	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Explicar al paciente y/o familiar de manera clara, completa y sencilla el procedimiento a realizar que incluya entrega de información como: 1. Descripción del procedimiento. 2. Beneficios del procedimiento. 3. Riesgos del procedimiento	Cada vez que realiza algún procedimiento
3	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Aclarar al paciente que, si éste rechaza el tratamiento y/o procedimiento que se le recomienda, o lo suspende una vez iniciado, puede continuar recibiendo atención medica en la institución.	Si el paciente tiene dudas o solicita apoyo o ayuda a terceros.
4	Personal asistencial responsable de la ejecución del procedimiento.	Verificar con el paciente y/o familia la comprensión de la información suministrada frente al procedimiento y/o tratamiento	Cada vez que se requiera
5	Paciente, familiar, responsable legal o profesional de la salud	Registrar el disentimiento de la realización del procedimiento mediante firma y/o huella del paciente y/o representante. .	Cuando se va a realizar procedimiento
6	Personal Asistencial, familiar	Debe custodiar los disentimientos Informados generados por la atención.	Diariamente

7	Auxiliar de Archivo/Líder de Gestión Documental	Recepción de disentimiento Informado verificando los datos registrados coincidan con los registrados	Diario
8	Auditor Medico	**Inspección y verificación:** Ejecutar auditorias para verificar la aplicación del procedimiento que incluya: 1. Auditoría para verificar el correcto diligenciamiento del formato. 2. Evaluación con el usuario la correcta aplicación del procedimiento y entendimiento del mismo.	Trimestral

10. CONTENIDO DEL DISENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Los Disentimientos informados de la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES se elaborarán teniendo en cuenta la normatividad vigente y teniendo en cuenta que el disentimiento informado está dirigido a personas que no siempre están familiarizados con el tema y en especial con los términos: por tanto, la redacción debe estar en términos sencillos y que sean claros para estos. Son sus partes:

- **Datos del paciente:**

✓ Nombres y Apellidos
✓ Identificación: Tipo y Número: que es el mismo de la historia clínica.
✓ Teléfono de contacto y Dirección.

- **Nombre del procedimiento que se solicita autorización o rechazo para realizar.**
- **Nombre del profesional que solicita el disentimiento.**
- **Nombre de la ESE.**
- **Descripción del procedimiento.**
- **Consecuencias previsibles de su no realización.**
- **Declaraciones y Firma.**

11. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	**Fecha**	**Descripción de cambios realizados**
01	03/07/2019	Creación del Protocolo de disentimiento informado
02	02/10/2025	Modificación del Protocolo de disentimiento informado

12. ANEXO No 01 FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	FORMATO DE DISENTIMIENTO INFORMADO	VIGENCIA:02/10/2025
		CÓDIGO:ES-GCA-MEC-PTC-007-F-02
	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	VERSION:2
		PAGINA: Página 1 de 1

Fecha: _____ Hora: _____ Servicio: _____

Procedimiento, Actividad O Tratamiento: _____

_____

NOMBRE DEL USUARIO: _____

Tipo Documento: C.E: __C.C: __T. I: ___R.C: __Ms: __A. S: __ Identificación: _____

Nota: cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento será la persona que la representa (se requiere que sea mayor de edad), la encargada de firmar el presente documento.

Por medio de la presente constancia, y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo de forma libre mi disentimiento, para la realización de (los) procedimiento(s):_____

_____

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el personal médico y de salud se encuentra debidamente capacitado; también declaro que se me ha explicado las posibles complicaciones que se derivan por la no realización del procedimiento, así como de las posibles alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ellos firmo el presente documento.

_____ _____

Nombre del paciente o responsable — Firma del paciente o responsable

Tipo doc.: __ N° doc.: _____ — N° de teléfono: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, el propósito, las ventajas y los riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

_____ _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL — **FIRMA Y REGISTRO PROFESION**

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

13. ANEXO No 02 FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	FORMATO DE DISENTIMIENTO INFORMADO	VIGENICIA:02/10/2025
		CÓDIGO:ES-GCA-MEC-PTC-007-F-02
	PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA	VERSIÓN:2
		PAGINA: Página 1 de 1

Fecha: _____ Hora: _____ Servicio: _____

Procedimiento, Actividad O Tratamiento: _____

_____

NOMBRE DEL USUARIO: _____

Tipo Documento: C.E: __C.C: __T. I: ___R.C: __Ms: __A. S: __ Identificación: _____

Nota: cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento será la persona que la representa (se requiere que sea mayor de edad), la encargada de firmar el presente documento.

Por medio de la presente constancia, y en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo de forma libre mi disentimiento, para la realización de (los) procedimiento(s):_____

_____

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el personal médico y de salud se encuentra debidamente capacitado; también declaro que se me ha explicado las posibles complicaciones que se derivan por la no realización del procedimiento, así como de las posibles alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ellos firmo el presente documento.

_____ _____

Nombre del paciente o responsable — Firma del paciente o responsable

Tipo doc.: __ N° doc.: _____ — N° de teléfono: _____

Certifico que he explicado la naturaleza, el propósito, las ventajas y los riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

_____ _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL — **FIRMA Y REGISTRO PROFESION**

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

14. ANEXO No 03 FORMATO DISENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE CITOLOGIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	DISENTIMIENTO INFORMADO	VIGENCIA:02/10/2025
		CODIGO:ES-GCA-MEC-PTC-007-F-03
	PARA TOMA DE CITOLOGÍA CERVICO - UTERINA	VERSION:2
		PAGINA: Página 1 de 1

FECHA: _____

YO,

_____

Con Documento de Identidad: _____

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi disentimiento, para la realización del siguiente procedimiento:

CITOLOGÍA CERVICO – UTERINA.

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el personal de salud responsable del procedimiento posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente; me ha sido explicada las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello lo firmo:

_____ _____

Nombre del Paciente o Responsable **Firma**

_____ _____

Documento **Teléfono o Celular**

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que la paciente y/o familiar comprende todo lo explicado.

_____

Firma del Profesional.

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com