


ARTÍCULO DE SECCIÓN ESPECIAL

# DEFINICIONES EN SALUD: ALTA VOLUNTARIA, EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y FUGA DEL PACIENTE

Stephanie Vera-Yamaguchi <sup>1,a</sup>, Marco Antonio Valdivieso-Herrera <sup>1, 2, b</sup>, Raffo Escalante-Kanashiro <sup>1, 2, c</sup>

## FILIACIÓN

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú.

<sup>2</sup> Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico cirujano, Residente de Administración y Gestión en Salud.

<sup>b</sup> Médico cirujano, Auditor

<sup>c</sup> Médico cirujano, Especialista en Pediatría y Medicina Intensiva Pediátrica, Maestro en Docencia Universitaria y Gestión Educativa.

## RESUMEN

La historia clínica es un documento médico-legal donde se registran los datos del paciente, las atenciones recibidas y los eventos que se produzcan durante su estancia en un establecimiento de salud. Este registro incluye situaciones como el alta voluntaria que se otorga cuando el paciente decide retirarse sin indicación médica; la exoneración de responsabilidad por el rechazo a un procedimiento tras recibir información clara y comprensible sobre las consecuencias y alternativas; y la fuga del paciente, evento adverso que ocurre cuando abandona el establecimiento sin indicación médica ni alta voluntaria. Estos registros protegen legalmente al personal de salud y respetan el derecho de la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones. El objetivo del artículo de posición es dar a conocer el marco conceptual e importancia de los términos mencionados a través de una búsqueda bibliográfica en PubMed, Scopus y Google Scholar.

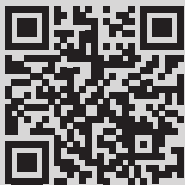
**Palabras clave:** Alta del Paciente; Rechazo al Tratamiento; Alta Voluntaria; Exoneración de Responsabilidad; Fuga de Paciente; Disentimiento

## DEFINITIONS IN HEALTHCARE: DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE, EXEMPTION FROM LIABILITY, AND PATIENT ELOPEMENT

### ABSTRACT

The medical record is a medico-legal document that records patient data, care provided, and events occurred during their stay in a healthcare facility. This record includes situations such as voluntary discharge, granted when a patient decides to leave without medical authorization; waiver of liability due to a treatment refusal after receiving clear information on consequences and alternatives; and patient elopement, an adverse event that occurs when a patient leaves without medical authorization or voluntary discharge. These records provide legal protection for healthcare personnel and respect patient autonomy in decision-making. The objective of the position article is to present the conceptual framework and importance of these terms through a literature search in PubMed, Scopus, and Google Scholar.

**Keywords:** Patient Discharge, Treatment Refusal, Voluntary Discharge; Release of Liability, Patient Elopement, Dissent



### Citar como:

Vera-Yamaguchi S, Valdivieso-Herrera MA, Escalante-Kanashiro R. Definiciones en salud: alta voluntaria, exoneración de responsabilidad y fuga del paciente. Rev Pediatr Espec. 2026;5(1):36-41. doi:10.58597/rpe.v5i1.127

### Correspondencia:

Stephanie Vera-Yamaguchi  
Correo: yurikoverayamaguchi@gmail.com

Recibido: 10/09/2025

Aprobado: 24/03/2026

Publicado: 31/03/2026



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

## INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el documento médico-legal de todo establecimiento de salud. En él se registran los datos del paciente y los servicios prestados por todos los profesionales de salud involucrados en su atención. Asimismo, se registra todo evento que se produzca o decisión que se tome durante la atención, como el deseo del alta voluntaria cuando el paciente siente alguna disconformidad y desea retirarse del establecimiento sin indicación médica, el rechazo a que se le efectúe un tratamiento o procedimiento, la sospecha de fuga o la concretización de esta acción<sup>1</sup>. El registro de todos los eventos es fundamental para la protección legal de los profesionales de la salud, debido a que son los mismos pacientes o, en caso de menores de edad, sus padres o apoderado legal, quienes toman dichas decisiones aun conociendo las consecuencias de retirarse del establecimiento o del rechazo al tratamiento. El objetivo de este artículo de posición es exponer el marco conceptual y la importancia del manejo adecuado en casos de alta voluntaria, exoneración de responsabilidad y fuga del paciente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda bibliográfica a través de PubMed, Scopus y Google Scholar con el objetivo de identificar publicaciones relevantes sobre las definiciones de «alta voluntaria», «exoneración de responsabilidad» y «fuga de paciente» de manera global; se incluyeron artículos publicados en español e inglés. La estrategia de búsqueda se basó en términos MeSH/DeCS y palabras claves combinadas con los operadores booleanos AND, NOT, OR. Entre los principales términos MeSH/DeCS empleados, se incluyeron «alta del paciente», «rechazo al tratamiento», «disentimiento» y «fuga de paciente», un ejemplo de la fórmula utilizada fue (Alta del paciente OR alta hospitalaria) AND (rechazo al tratamiento OR disentimiento) AND (fuga de paciente). Asimismo, se realizó la búsqueda bibliográfica de los términos de manera individual, integrando la normativa peruana vigente. Con el fin de maximizar la evidencia recolectada, la estrategia no incluyó restricciones temporales.

## MARCO CONCEPTUAL

### Alta voluntaria

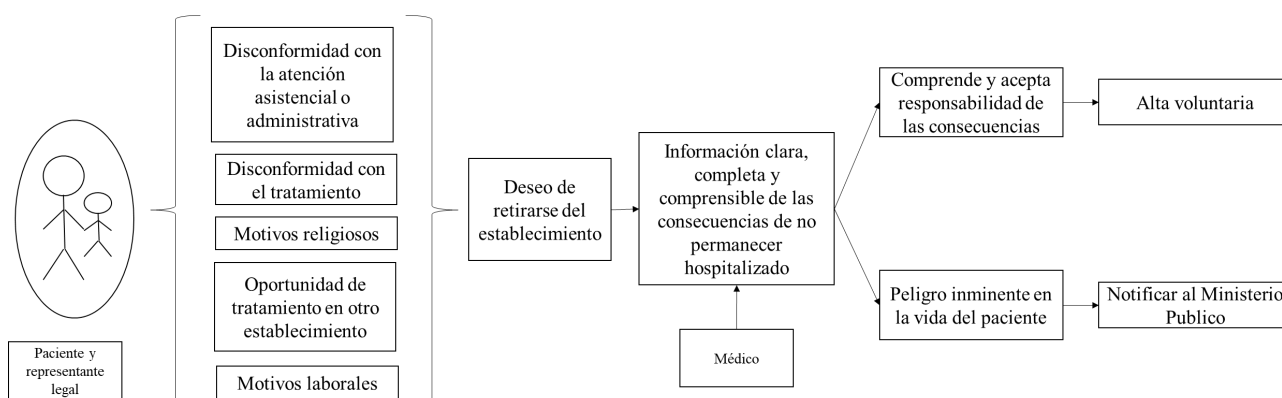
El alta médica en pacientes hospitalizados es un proceso en el cual el paciente egresa del establecimiento de salud por indicación del

profesional médico al culminar una hospitalización o periodo de observación en casos de emergencia. Se considera alta médica en consultorio cuando el médico verifica la recuperación total del paciente, lo que permite su reincorporación a las actividades diarias sin requerir controles posteriores. Por el contrario, el alta voluntaria implica el egreso del paciente en contra de la indicación médica. El paciente, teniendo en cuenta las consecuencias y riesgos de su decisión, asume la responsabilidad legal de las consecuencias, lo cual debe formalizarse con la firma de la hoja de retiro voluntario<sup>1,2</sup>.

El paciente o su apoderado legal —acreditado por la autoridad competente— puede hacer uso de su derecho de firmar el alta voluntaria por diversas causas, entre ellas, la disconformidad con el tratamiento indicado o la atención asistencial o administrativa, con la ineficiente comunicación asertiva por parte del personal hacia el paciente o la falta de empatía, lo que genera malestar en el paciente y familiares al no recibir una atención de calidad. Asimismo, pueden influir convicciones religiosas contrarias a determinados procedimientos terapéuticos, el deseo de buscar alternativas terapéuticas en otro establecimiento o la necesidad de reincorporarse a sus labores o actividades diarias<sup>2,3</sup>.

Desde nuestro punto de vista y según experiencias previas, la causa más frecuente para solicitar el alta voluntaria reside en la disconformidad de los pacientes o familiares con la atención recibida durante la estancia hospitalaria, debido a situaciones como el trato deshumanizado del personal del centro. Frente a esta situación se suele contemplar dos posibilidades: el paciente continúa con su hospitalización por recomendación médica (opción aceptada, a pesar de las disconformidades); o los apoderados legales insisten en retirar al paciente en uso de sus derechos y libertades personales.

A nivel institucional, la Resolución Directoral 269-2017-INSN-DG, Reglamento de los Deberes del Usuario Externo del INSN, establece en su artículo VII, Disposiciones específicas, que es un deber del usuario firmar el alta voluntaria en caso de negativa a actuaciones sanitarias propuestas, especialmente en caso de pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas y tratamientos de especial relevancia para su salud<sup>4</sup>. En esas circunstancias, el profesional médico debe otorgar toda la información sobre la condición del paciente, la importancia del tratamiento o procedimiento y las posibles consecuencias si abandona el establecimiento médico. Una vez que se confirma que el



**Figura 1.** Alta voluntaria

Fuente: Elaboración propia

apoderado legal tiene conocimiento y comprende la situación, dicho apoderado legal firma el alta voluntaria y el paciente puede salir del establecimiento, asumiendo la responsabilidad en la toma de sus decisiones<sup>5</sup> (v. Figura 1).

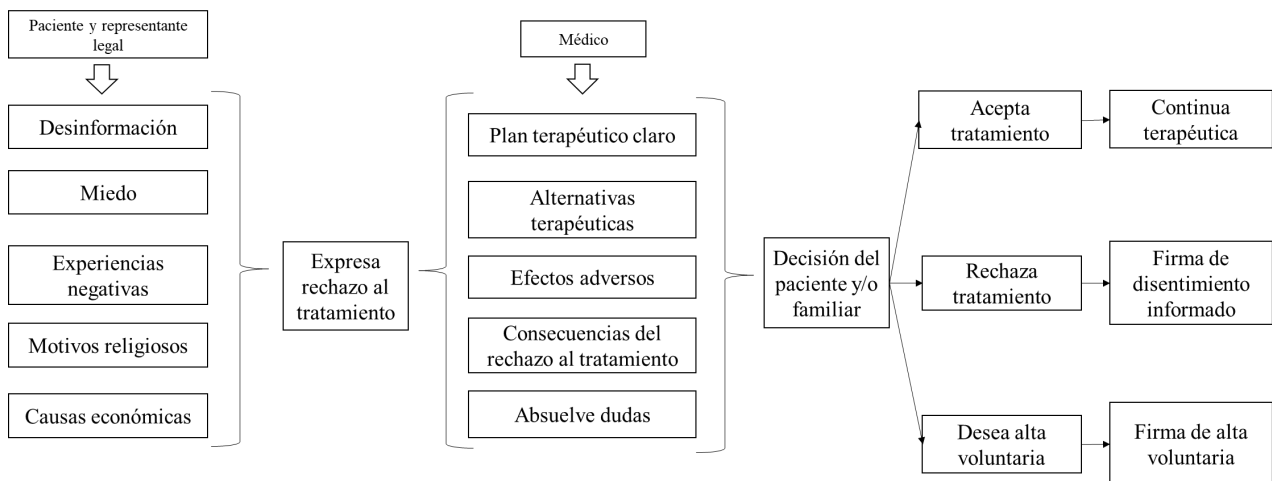
En determinadas situaciones, el apoderado legal no desea el alta voluntaria, ya que no quiere asumir la responsabilidad de sus decisiones e insiste al personal de salud que le emita el alta médica, la cual, en principio, no debe ser otorgada debido a la discrepancia del médico con la decisión del paciente. No obstante, se conocen algunos casos en los que el profesional ha cedido a la petición del apoderado legal y otorga el alta médica aun conociendo que la condición del paciente no lo amerita. Así es como el médico adquiere responsabilidad sobre la evolución del paciente posterior al alta.

El Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), al tener una población de menores de 18 años quienes no están legalmente autorizados a tomar decisiones, respeta la decisión de los padres o representante legal según sea el caso. Sin embargo, existen excepciones en las que el médico responsable observa que el retiro voluntario puede

### Exoneración de responsabilidad

La exoneración de responsabilidad del médico, en caso de que el paciente o apoderado legal no deseen recibir algún procedimiento o tratamiento indicado, es necesaria una vez que el profesional de salud ha otorgado información clara sobre el plan terapéutico, sus alternativas, las posibles consecuencias ante la negación de dicho plan y la aclaración de dudas que tengan los pacientes. Según el artículo 17 de la Ley 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, el paciente tiene el derecho a negarse a recibir un tratamiento posterior a la explicación del plan terapéutico con excepción de los casos donde se encuentre en estado de emergencia o se ponga en riesgo la salud pública<sup>6,9</sup>.

Sin embargo, hasta la fecha el Ministerio de Salud no cuenta con una normativa o directriz que indique explícitamente un formato de exoneración o disentimiento informado, que es el derecho de rechazar un tratamiento médico o procedimiento en el momento en que se le explica el plan terapéutico. No obstante, se puede tomar como base el consentimiento informado y agregar información que explique



**Figura 2.** Exoneración de responsabilidad.  
Fuente: Elaboración propia

ocasionar peligro inminente en la vida del paciente. En estos casos el representante legal no puede hacer uso de su derecho, conforme al artículo 16 de la Ley 29414. Por tratarse de una emergencia vital o de un riesgo para la salud pública, debe notificarse al Ministerio Público para su intervención inmediata<sup>6,7</sup>.

Para el alta voluntaria, el personal médico debe otorgar de forma clara y completa información sobre la condición clínica, el plan terapéutico con sus alternativas y las consecuencias del retiro voluntario. Asimismo, debe evaluar la capacidad del apoderado legal para tomar decisiones —se puede solicitar interconsulta a Psicología o Psiquiatría—, absolver las dudas e identificar las razones por las cuales el paciente desea retirarse para posteriormente realizar planes de mejora en caso fueran necesarios.

Es imperativo que el apoderado legal comprenda dichas consecuencias. El paciente debe firmar un formato de retiro voluntario. En este, el médico certifica que se han informado los riesgos que implica su retiro, la condición de salud actual del paciente, consignando la exención de responsabilidad para los profesionales y la institución. Por su parte, el paciente declara que comprende la información recibida y que, sin embargo, desea abandonar la institución. Finalmente, ambas partes incluyen sus datos al final del consentimiento en presencia de la autoridad legal si corresponde<sup>1,8</sup>.

claramente el diagnóstico y la importancia de la terapéutica propuesta. En este documento, el paciente debe declarar que, aun conociendo las consecuencias de su decisión, asume la responsabilidad derivada del rechazo al tratamiento<sup>1,10</sup>.

Antes de firmar el disentimiento informado, el médico debe otorgar información clara sobre el plan terapéutico y permitir que el apoderado legal participe en la toma de decisiones mediante la elección de terapéuticas alternativas al plan principal, evaluar el estado psíquico del paciente o entendimiento del apoderado legal y determinar la condición del paciente<sup>11</sup>. Sería importante explorar las razones por las cuales se rechaza el tratamiento, como la desinformación por el inadecuado filtro de fuentes de información o el uso de inteligencia artificial, el miedo a padecer algún efecto adverso o el conocimiento de alguna persona que ha tenido el mismo tratamiento y no obtuvo buenos resultados, a valores o creencias religiosas, o causas económicas. No obstante, esta última puede tener una frecuencia menor cuando el paciente pertenece al Seguro Integral de Salud (SIS) y hace uso de sus instalaciones, debido a que la mayoría de los tratamientos o procedimientos bajo este sistema son subsidiados por el propio SIS<sup>10,12</sup> (v. Figura 2). Conocer las razones por las cuales el paciente o apoderado legal decide no realizar algún procedimiento o intervención permitirá ampliar el campo de investigación para la mejora continua de la atención al paciente, debido a que para generar cambios se debe primero identificar las causas que generan estas decisiones.

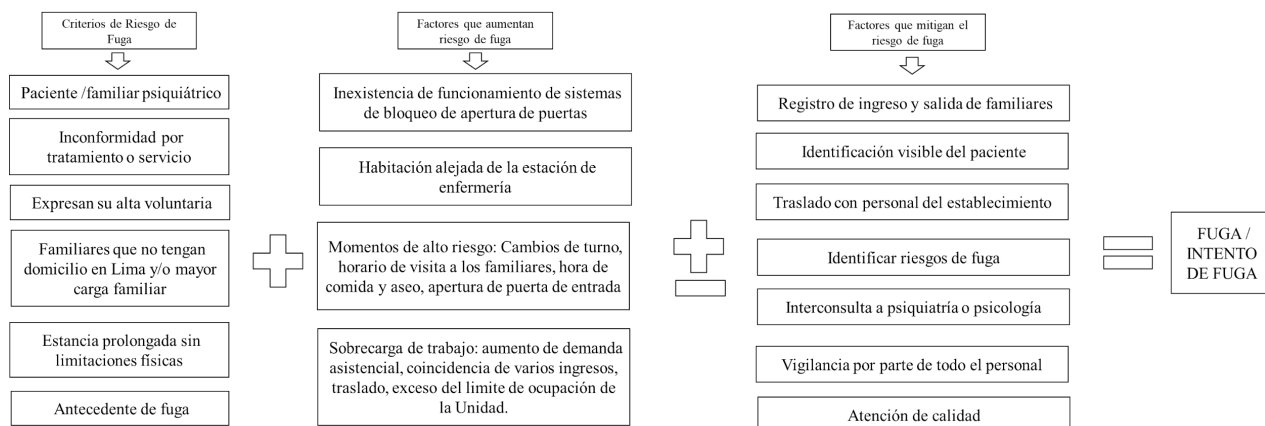
Desde nuestra perspectiva, uno de los casos más frecuentes de rechazo al tratamiento proviene de pacientes cuyos padres son Testigos de Jehová. En tales circunstancias, se rechaza la transfusión sanguínea, incluso cuando saben que ese procedimiento es beneficioso para la salud de sus hijos, por lo cual se debería firmar el disentimiento informado. Un caso reciente surgió tras la divulgación de efectos adversos graves y fallecimiento de algunos pacientes, relacionados al uso de ciertos lotes de suero fisiológico. La difusión de dicha información infundió el temor en otros pacientes ante la indicación de dicho insumo. Si bien se les explicó que el establecimiento suministraba otra marca u otro lote, algunos mantenían su decisión de no recibir ese tratamiento y firmaban el disentimiento<sup>13</sup>.

**Fuga del paciente**

La fuga del paciente es un evento adverso en los establecimientos de salud. Se denomina «fuga» a todo egreso del establecimiento sin conocimiento del personal y sin firma del alta voluntaria, mientras que el intento de fuga se produce cuando han existido acciones orientadas a fugarse, pero han sido frustradas<sup>14,15</sup>.

dejando algunos sin supervisión; las horas de aseo y comida; el horario de visitas (en ocasiones ingresan al servicio un gran número de familiares y la puerta de entrada queda sin vigilancia); cuando el personal tiene sobrecarga de trabajo por la coincidencia de varios ingresos simultáneos; el traslado de pacientes a otros servicios; el aumento de las necesidades de los pacientes o familiares en similares momentos y el aumento de la demanda asistencial<sup>15</sup> (v. Figura 3).

Los establecimientos de salud deben contar con protocolos que mitiguen el riesgo de fuga y estandaricen el procedimiento ante un intento de fuga o la fuga del paciente. Entre las medidas preventivas se consideran el registro de los familiares al ingreso y salida de su visita (hora, fecha y nombre completo), la identificación del paciente hospitalizado con pijamas de la institución y brazaletes, el traslado con un acompañante con identificación del establecimiento (se puede agregar el uso de ropa de un color específico al personal que realiza el traslado), el seguimiento del paciente trasladado mediante registro de egreso e ingreso al servicio; el uso de un pase de autorización para los visitantes; la identificación de intento de fuga o de pacientes ansiosos



**Figura 3.** Fuga de paciente  
Fuente: Elaboración propia

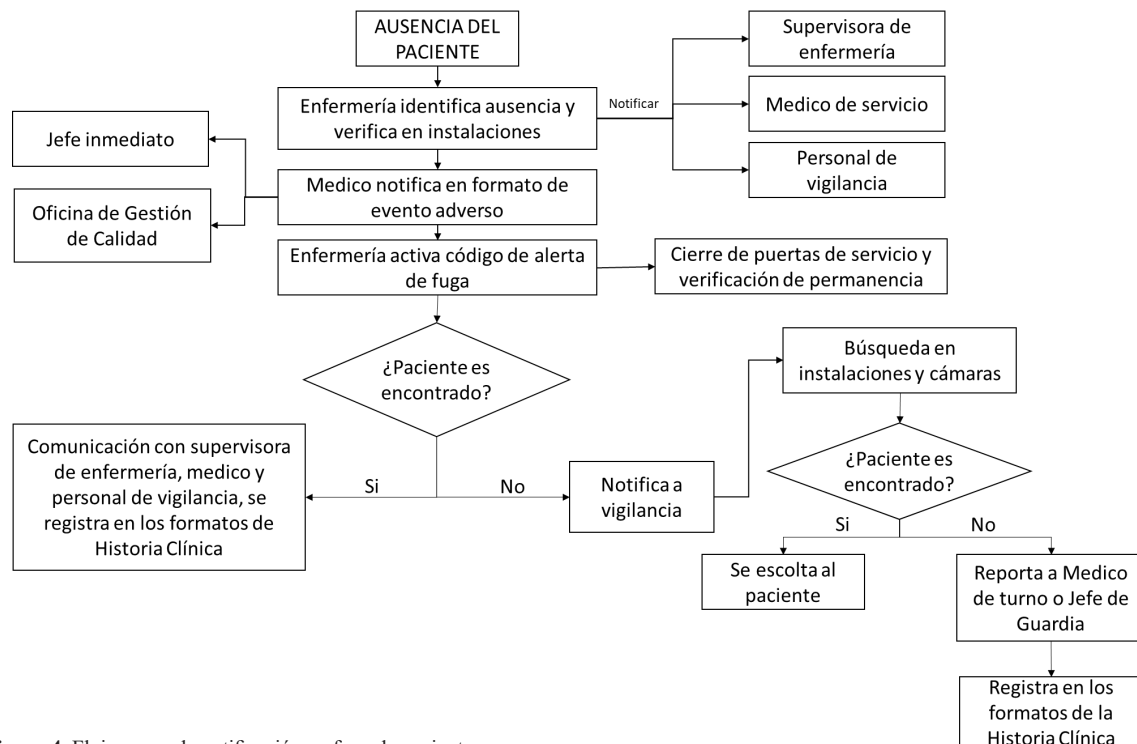
Al momento de ingreso del paciente al servicio y durante su estancia hospitalaria, se deben identificar los criterios de riesgo de fuga, como patologías psiquiátricas del paciente o apoderado legal —esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos depresivos, entre otras y la insatisfacción verbalizada de la inconformidad con el servicio o tratamiento. Asimismo, influyen factores administrativos, como la demora en tramitar altas voluntarias debido a la sobrecarga en la demanda de pacientes, falta de recursos humanos y, en algunas ocasiones, las actitudes del personal, las cuales pueden favorecer la decisión del paciente de fugarse. Finalmente, variables sociales, como en los casos de familias que no residen en Lima o tienen una mayor carga familiar, dificultades económicas o pacientes que tienen una estancia prolongada sin limitaciones físicas y antecedentes de fuga<sup>14,16,17</sup> (v. Figura 3).

El personal de salud debe reconocer los factores que incrementan el riesgo de fuga, como el inadecuado funcionamiento de los sistemas de bloqueo de las puertas, habitaciones alejadas de la estación de enfermería que impiden la vigilancia estricta del paciente, falta de recursos humanos o la inexistencia de servicios de vigilancia. Existen momentos de alto riesgo en los que el paciente identifica la oportunidad para fugarse, como durante los cambios de turno, ya que el reporte de turno se realiza en diferentes puntos del servicio,

para otorgar interconsulta con Psiquiatría o Psicología y otorgar una atención de calidad<sup>18,19</sup>. Al ser un evento adverso, todo personal de salud debe realizar la adecuada notificación y registro, sea caso de sospecha de fuga o cuando ya se ha concretado el hecho para que se pueda realizar la búsqueda activa del paciente con ayuda del personal de salud y de vigilancia<sup>14,15,20</sup> (v. Figura 4).

**CONCLUSIONES**

La hoja de retiro voluntario y exoneración de tratamiento funcionan como constancia de las decisiones del paciente o su apoderado legal aun teniendo el conocimiento de las consecuencias de su decisión, por lo cual el personal de salud debe explicarlas de manera clara. De persistir la negativa, el médico responsable —en caso no exista riesgo para el paciente— debe aceptar la decisión de hacer uso de su principio de autonomía. Aunque estos documentos garantizan la trazabilidad de las decisiones tomadas y comunicación de riesgos, no reemplazan una atención diligente ni exoneran automáticamente responsabilidades por mala praxis. En la actualidad, no se cuenta con un registro de altas voluntarias, rechazos al tratamiento o fuga del paciente. Esto imposibilita identificar las causas por las que los pacientes decidan retirarse del establecimiento sin indicación



**Figura 4.** Flujograma de notificación en fuga de paciente  
**Fuente:** Elaboración propia

médica, se nieguen a recibir un tratamiento o se concretice la fuga de la institución. Al no contar con una base estadística no se podrán realizar mejoras ni tomar decisiones que permitan la creación e implementación de estrategias o mecanismos que eleven la calidad de los servicios.

**Financiamiento:** Autofinanciado por los autores

**Conflicto de interés:** Raffo Escalante-Kanashiro (RSK) es jefe de la Oficina de Calidad del INSN y es miembro del comité editorial de la Revista Pediátrica Especializada. Sin embargo, no ha participado en el proceso editorial relacionado con la evaluación de este artículo.

**Contribuciones de autoría:** SVY contribuyó a la conceptualización, metodología, recolección de datos y redacción del borrador original. MAVH contribuyó a la revisión y edición del manuscrito, supervisión y validación. REK contribuyó a la supervisión, validación y revisión y edición del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica. NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN. Lima: Ministerio de Salud; 2018.
2. Santiago-Saez A, Alearrán-Juan ME, Dorado E. Manejo del alta voluntaria y del alta forzosa por el pediatra. *An Pediatr Contin* [Internet]. 2009;7(4):243-246. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818\(09\)71933-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1696-2818(09)71933-x)
3. Pasay-An, Mostoles R, Villareal S, Saguban R. Factors Contributing to Leaving against Medical Advice (LAMA): A Consideration of the Patients' Perspective. *Healthcare* [Internet]. 2023;11(4):506. doi: 10.3390/healthcare11040506.
4. Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño. Reglamento de los deberes del usuario externo del INSN. Lima: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2017.
5. Furlan E, Giannini A. Irrational refusal of medical treatment: ethical considerations. *Minerva Anesthesiol.* 2025;91(3):214-219. doi: 10.23736/S0375-9393.25.18656-2.
6. Perú. Congreso de la República. Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Decreto Supremo N°027-2015-SA. Lima: El Peruano; 2015.
7. Perú. Ministerio de Salud. Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Decreto Supremo N°013-2006-SA. Lima: Ministerio de Salud; 2006.
8. Solórzano GA. Voluntary discharge and hospital readmission: ethical and legal healthcare implications. *Polo del Conocimiento.* 2024;9(1):530-536. doi:10.23857/pc.v9i1.6391.
9. Cumplido MJ. Derecho del paciente a rechazar el tratamiento propuesto. *Rev Latinoam Der Med Leg.* 2000;5(1):11-15. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v5n1/art3.pdf>

10. Paulsen E. When patients refuse treatment [Internet]. Durham: Duke Health; 2016. Disponible en: <https://physicians.dukehealth.org/articles/when-patients-refuse-treatment>
11. Pirotte BD, Benson S. Refusal of care. En: StatPearls Publishing, editor. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560886>
12. Thomas B. Derecho del paciente a rechazar un tratamiento médico. APSF Newsletter [Internet]. 2022;37:64-65. Disponible en: <https://www.apsf.org/wp-content/uploads/newsletters/2022/0502-es/APSF0502-ES.pdf>
13. Perú. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Actualización de sospechas de reacciones adversas graves con un lote de cloruro de sodio. Alerta DIGEMID N°39-2025. Lima: DIGEMID; 2025.
14. Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño. Protocolo de prevención y actuación frente a la fuga de pacientes en el INSN. Lima: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2016.
15. Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Prevención y actuación ante fugas de pacientes en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Directiva Administrativa N°001-INSN-SB/UAD-2021. Lima: INSN-SB; 2021
16. Moradpour M, Amiresmaili M, Nekoei M, Dehesh T. The reasons why patients abscond from public hospitals in southeastern Iran: a qualitative study. Arch Public Health. 2021;79(1):106. doi: 10.1186/s13690-021-00634-z.
17. Atienza A, Font J, Buxó M, Turró O. Conociendo al paciente con riesgo de fuga. Rev Enferm Salud Ment. 2017;8:5-14. doi:10.5538/2385-703X.2017.8.5
18. Colombia. Empresa Social del Estado Armenia Quindío. Protocolo de minimización de fuga de pacientes [Internet]. Armenia: ESE Armenia Quindío; 2017. Disponible en: <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-092%20Protocolo%20de%20minimizacion%20de%20fuga%20de%20pacientes.pdf>
19. Colombia. Hospital Ismael Silva ESE. Protocolo para la minimización del riesgo de pérdida o fuga de usuarios y de búsqueda [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.formacionvirtualhis.com/Documentos%20his/Seguridad%20de%20la%20atenci%C3%B3n/Seguridad%20del%20paciente/Protocolos/SP-PRO-01PROCOLO%20PARA%20LA%20MINIMIZACION%20DE%20RIESGO%20DE%20FUGA%20DE%20USUARIOS.pdf>
20. Jeyaraju M, Salvatori CG, George N, Schmalzle SA. Documentation quality of patient-directed discharge and early warning interactions in an adult inpatient service. Int J Qual Health Care. 2023;35(1):mzad001. doi: 10.1093/intqhc/mzad001.