

El Consentimiento Informado y La Relación Médico-Paciente

Dra. Ana María Sánchez Santiesteban¹

Resumen

Se hizo una revisión de la literatura disponible, sobre aspectos fundamentales del *Consentimiento Informado* (CI). Se partió de la idea de que los profundos cambios acontecidos en la Relación Médico-Paciente (RMP), relacionados fundamentalmente con una mayor autonomía de este último, como consecuencia y expresión de su dignidad, han determinado el desarrollo del CI. Se enfatiza el hecho de que la adecuada comprensión del proceso del CI es fundamental para darse cuenta de su importancia, su necesidad y los beneficios que reporta. Se concluye que su empleo adecuado mejora la RMP y potencia los efectos terapéuticos, al tiempo que aumenta la satisfacción del médico; su mal uso o su ausencia es causa de malos entendidos, produce inseguridad en el paciente y puede provocar graves problemas judiciales.

Palabras clave: *Consentimiento informado. Bioética. Autonomía. Relación Médico. Paciente*

Introducción

El *Consentimiento Informado* (CI) implica una nueva cultura en el desarrollo de la relación clínica, en la que se exige un mayor respeto a las personas del que se tenía hasta ahora. El CI debe ser una garantía de la autonomía moral del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica. Este es el principio general en que se basa el CI, ético antes que jurídico (1, 2).

El continuo aumento del poder de la medicina moderna y el complejo contexto sociológico en el cual se practica, llevan consigo nuevos interrogantes acerca de lo que es justo, lo que es bueno y lo que es correcto en el comportamiento de los médicos, los pacientes y la sociedad. Los derechos básicos de una persona se establecen sobre la base del reconocimiento de su condición humana, la inviolabilidad de su vida y el hecho de que el ser humano nació libre y siempre lo será.

El respeto por los valores y aspiraciones de las personas es un deber que se vuelve aún más importante si la persona es vulnerable. Debido a que la autonomía y la responsabilidad de cada persona, incluidos aquellos que requieren atención sanitaria, se aceptan como valores importantes, la participación de cada individuo en las decisiones sobre su propio cuerpo y su propia salud deben ser reconocidas universalmente también como un derecho de las personas.

Fueron los procesos judiciales en los EE.UU. los que alertaron a la opinión pública y fueron modificando la Relación Médico-Paciente (RMP), con mayor trascen-

dencia en ese país y de forma más tardía en Europa. El juez Brody (Salgo contra Stanford, 1957) dictaminó: "...los médicos violan sus deberes con sus pacientes y se exponen a demandas si se ocultan hechos que son necesarios para formar la base de un *Consentimiento Informado* inteligente por el paciente respecto al tratamiento propuesto". Es la primera vez que se emplea esa expresión, dejando claros dos puntos: la adecuación de la información y la obligatoriedad de contar con el consentimiento del paciente.

El procedimiento para la obtención del CI para ensayos clínicos es un fenómeno reciente en la práctica médica cubana. Algunos estudios han mostrado que existen deficiencias en dicho procedimiento en diferentes países.

En la última década del siglo pasado se produjo un incremento de los ensayos clínicos conducidos en Cuba. En este contexto es que en 1991 se creó el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC) para el diseño, coordinación y ejecución de los mismos en Cuba. Insertado en este desarrollo está la creación de los Comités de Ética (CE) para la investigación científica. En 1998, una resolución del Ministerio de Salud Pública orientó la conformación de los CE de la investigación científica en aquellas instituciones hospitalarias que lo requerían para que oficiaran como órgano asesor o consultivo, y velaran por el rigor ético de los proyectos y por la ejecución de las investigaciones (3, 4).

Como puede verse, en nuestro país la investigación clínica lleva una considerable ventaja a la práctica médica en la implementación de protocolos de CI.

En Cuba, su aplicación en Psiquiatría es joven, como también lo es en muchos países: En nuestro país se da cumplimiento a estas normativas para el Tratamiento Electroconvulsivante (TECA), donde cobra especial importancia la obtención del CI para la aplicación de esta terapéutica. En otro contexto, en Cuba se utiliza en muy pocas acciones médicas, al menos no con formulario escrito; siempre se da información al paciente y / o a sus familiares sobre el estudio, la afección que presenta o la cirugía a realizar, pero más a modo de información que para pedir su consentimiento.

Desarrollo.

El CI tiene que entenderse como la aceptación por parte de un enfermo competente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la decisión



clínica. Los requisitos básicos son: libertad, competencia e información suficiente. Por lo tanto, tiene que entenderse como fruto de la relación clínica, siempre basada en dos pilares insustituibles e inconfundibles: la confianza y el proceso de información más o menos complejo (5, 6).

Los profesionales de la Salud deben aceptar que una de las compe-

tencias que se les pide -y que forma parte de los objetivos de su quehacer- es, junto a los conocimientos y habilidades propios de su profesión, la de ayudar a los enfermos a incorporar a su manera la situación en que se encuentran y las decisiones con las que deben hacerle frente. Una paradoja actual, a veces difícil de comprender y por tanto de aceptar, es cómo explicar que en una sanidad más generalizada -masificada incluso- y con una práctica clínica cada día más protocolizada, se requiera en cambio una personalización mayor para cada enfermo. Antaño, escudados en un paternalismo aceptado por todos, era posible que el profesional adoptara, en lo que a la información y consentimiento se refiere, una actitud preconcebida y unilateral ante todos y cada uno de sus pacientes. Pero ahora, no; ahora debe evitarse una excesiva generalización, porque la diversidad es mucho mayor y cada cual reclama una atención cuidadosa a su propia manera de construir y defender su autorrealización. Así, uno querrá saber muchos detalles de antemano, incluyendo alternativas no habituales; otro pedirá más cautela y tiempo para aceptar las cosas; y un tercero puede preferir no conocer demasiado y delegar en parte las decisiones a tomar. Todas ellas pueden ser formas autónomas de acercamiento al hecho de vivir su enfermedad (7). Pero, precisamente para asegurar que sean realmente autónomas, debe existir, antes de cada actuación médica importante, una ocasión franca de que la voluntad del enfermo haya podido manifestarse con libertad, con la competencia de que sea capaz y con la información que precise para ello en aquel momento. Por tanto, los profesionales, ahora más que antes, deben acostumbrarse a detectar necesidades y a aumentar su sensibilidad para adaptarse a ellas.

Formulación y alcance del derecho a la información:

1. Las personas tienen derecho a conocer toda la información obtenida con respecto a su salud. No

obstante, tiene que respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

2. La información tiene que formar parte de todas las actuaciones asistenciales, tiene que darse de forma comprensible, ser verídica y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, con el fin de ayudarlo a tomar decisiones de forma autónoma.

3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También tienen que asumir responsabilidades en el proceso de información aquellos profesionales asistenciales que le atiendan o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto (8)

Aspectos éticos del Consentimiento Informado en la comunicación clínica

La relación clínica es el núcleo fundamental de toda la asistencia sanitaria. Esta relación se ha basado históricamente en el valor predominante de la beneficencia, entendida como la búsqueda del beneficio del enfermo. Se había aplicado con un esquema paternalista, según el cual tan sólo el médico decidía en nombre del paciente; sin embargo, no forzosamente de acuerdo con su criterio (9). Últimamente, este modelo ha entrado en crisis por muchos motivos: sobre todo porque el enfermo es considerado en todo momento como persona adulta que puede ejercer su autonomía en las decisiones que le interesen. Se trata de una concreción, en el ámbito sanitario, de los derechos humanos de las personas (10). Algunos cambios en la estructura de los servicios sanitarios han hecho más compleja la relación; avances imprevisibles y rápidos han aumentado las opciones y han hecho más difíciles las decisiones, y los ciudadanos son más exigentes con sus derechos. Estos y otros cambios han hecho que, del modelo anterior, se pase a otro con más valores en juego como son el de la equidad (según el cual todos tienen derecho a la misma consideración en caso de enfermedad) y el de la autonomía personal (es decir, el derecho a ser respetado como persona adulta que tiene poder de decisión sobre las cuestiones que le afectan, aunque esté enfermo) (11).

Estos nuevos valores se ven plasmados en el reconocimiento de nuevos derechos de los pacientes. Así, la obligación del consentimiento libre antes de cada actuación y el derecho a la información de cada enfermo favorecen el ejercicio de una autonomía creciente. De esta manera, la sociedad ha querido favorecer la inclusión de estos nuevos valores, que han de incorporarse con ayuda de la ley en la relación clínica, más allá de la beneficencia (12). En resumen, la ley manifiesta el derecho que tiene el enfermo a la información y a consentir a lo que se le ofrece. Por lo tanto, se desprende que el profesional tiene la obligación de poner sus conocimientos al servicio del enfermo en todo momento -y no solamente para obtener un consentimiento-; y de presentarle una propuesta razonada para que pueda aceptarla o no, y que eso conste por escrito.

El CI escrito generalizado pretende asegurar que el paciente ha podido disfrutar de la oportunidad de

ejercer su derecho de autodeterminación. El profesional virtuoso es aquel que, aún comprendiendo el derecho de toda persona a decidir, también descubre y respeta las necesidades de cada una de ellas y se adapta; no el que impone una información a quien no la quiere o no la da a quien la necesita. Por lo tanto, para ser útil al enfermo hace falta capacidad para descubrir valores y límites personales, y respetarlos después con flexibilidad. La información oral permite esta flexibilidad necesaria. Deben encontrarse entre todos, formas para que la información escrita también lo permita (13).

La ley nunca podrá predeterminar esta prudencia práctica, que tiene que quedar en manos de la valoración ética de cada profesional: el CI es materia ética, sobre todo.

La información tiene que ser veraz. La mentira no es justificable: es un abuso de poder, es un camino concreto irreversible y es evitable. La aproximación o concreción de la verdad tiene que ser singularizada o individualizada; es por consiguiente, un proceso siempre multiforme donde el profesional puede moverse posponiendo y ampliando la información veraz (14).

La información no se hace en un simple acto, sino que es un proceso oral, un diálogo y el consentimiento para un procedimiento tiene que poder inscribirse coherentemente. De hecho, el consentimiento fundamental, hablando éticamente, es siempre el oral. *Ningún documento leído y firmado puede sustituir nunca el diálogo.* Para muchos procedimientos y muchos enfermos, la información y la obtención del consentimiento puede ser fácil y rápida; sin embargo, para otras personas o para otros procedimientos, puede requerir bastante tiempo (15).

El enfermo necesita a menudo tiempo para poder aceptar una información desagradable con menos dolor, para asimilarla y expresar dudas, reticencias o formular preguntas. Hace falta a menudo una evolución informativa, un proceso oral evolutivo.

El consentimiento, además, tiene que ser libre, sin coacción. Es verdad que parte de la ayuda que reclaman muchos es también de ayuda en la decisión, de consejo y quizás, incluso, de persuasión. Pero conviene distinguir la persuasión de la coacción, ya que en la segunda la libertad del enfermo para decidir no está respetada (16).

Por todo ello, hay que hacer un esfuerzo para que este diálogo de comunicación sea el que marque la forma, la cantidad y los límites del CI escrito y no a la inversa, tal como podría pretender una medicina defensiva, que prioriza otras necesidades por delante de las del enfermo (17)

Principios éticos involucrados en el Consentimiento Informado.

Autonomía:

El principio ético de autonomía es el que vela por que los pacientes tienen el derecho y la libertad de participar en cualquier decisión médica que implica efectos sobre uno de los bienes más preciados, que es la salud y su propio cuerpo. Este principio resguarda un derecho humano esencial: la libertad de elección personal, inicialmente aparecido para



decidir sobre el culto religioso y que se extiende luego a lo civil, político y más tardíamente a la salud y al cuerpo (18). Dificilmente se podría comprender que las personas no tuvieran la capacidad de tomar decisiones a este respecto, sin embargo en muchas partes y durante mucho tiempo se ha querido establecer que en la RMP, dentro de la cual se toman estas decisiones, existe una asimetría que no permitía que los pacientes tomaran decisiones y sólo el médico cargaba con esta responsabilidad (19).

Es cierto que existe esta asimetría; sin embargo, esto de ninguna forma nos autoriza a tomar decisiones por otro ser humano. Esta asimetría, que tiene que ver con la capacidad del médico de conocer extensamente las repercusiones o efectos que una enfermedad o decisión terapéutica pueden producir, más bien debería ser comprendida como una obligación de entregar la información que es necesaria para que ese paciente tome una decisión que no le produzca daño a este o a su forma de vivir. El objetivo es lograr que el enfermo tome una decisión autónoma al final del proceso, ya sea para consentir en realizar lo propuesto o rechazarlo (20).

Competencia:

Un acto libre requiere de una persona competente: en el consentimiento está involucrado el concepto de competencia del paciente, hasta donde posee la facultad de decidir. Esto tiene relación con su capacidad para comprender o entender la información entregada, su capacidad natural de juicio y discernimiento: está comprometida en los pacientes con déficit neurológicos y/o enfermedades mentales, y jurídicamente establecida para los menores de edad (20)

Veracidad:

El paciente es el depositario de toda la información respecto de su enfermedad y el médico debe encontrar la forma y oportunidad adecuada de entregar esta información. No le está permitido omitir o negar información porque no debe arrogarse el derecho de decidir lo que es mejor para el otro, si la persona es competente para comprender.

Existe lo que se llama el criterio prudencial en que la información debe ser la necesaria, tanto en su contenido

como en la forma en que es entregada para que el interesado pueda tomar una decisión (21, 22)

Beneficencia:

Este principio le corresponde al médico. Debe actuar con excelencia en el quehacer técnico, realizar su arte con bondad y comprensión hacia el otro. Beneficencia sin autonomía, sin embargo, es paternalismo autoritario. Existen ciertas situaciones que podrían resguardarse desde este principio, como aquellas en que se encuentra afectado un bien mayor, como por ejemplo la vida en circunstancias de urgencia, o frente a la falta de los representantes legales o competencia de esa persona (20, 23)

Elementos que integran el otorgamiento del Consentimiento Informado por escrito.

Los contenidos mínimos que debería reunir son:

1. Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
2. Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
3. Nombre del procedimiento a realizar, especificando en que consiste y como se llevará a cabo.
4. Explicar los beneficios que razonablemente se puede esperar del tratamiento y consecuencia de la denegación.
5. Información sobre riesgos del tratamiento, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
6. Planteo de alternativas de tratamiento comparadas con el tratamiento propuesto.
7. Explicación sobre el tipo de anestesia (en caso necesario) y sus riesgos.
8. Autorización para obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.
9. Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes del tratamiento.
10. Satisfacción del paciente por la información recibida y evacuación de sus dudas.
11. Fecha y firma aclarada del médico, paciente y testigos, si los hubiere.

Es aconsejable entregar una copia al paciente y preferible, aunque no imprescindible, que la firme con testigos (24).

¿Cuándo, cómo y quién debe obtener el Consentimiento Informado?

El cambio en la RMP, en cuanto al protagonismo ante la toma de decisiones, ha hecho que el enfermo tenga derecho a ser informado de su situación; al mismo tiempo ha convertido al médico en el proveedor de la información. El correcto equilibrio entre el cómo, cuánto, cuándo y a quién informar ha sido conseguido con mayor facilidad, toda vez que la motivación es entregar la información y ayudar para que sea el propio enfermo o su familia quien decida (25).

¿Cuándo se debe entregar la información al paciente?

A la hora de sugerir una propuesta en cuanto a

definir el momento de entregar información, una buena alternativa a considerar es la que queda establecida por la demanda de información de parte del paciente y al mismo tiempo por la necesidad que tiene el médico de proporcionarle aclaraciones relevantes para su diagnóstico, procedimiento o tratamiento. Cuando el contacto es cotidiano (ya sea por hospitalización o por un tratamiento ambulatorio cotidiano), es deseable que la entrega de información sea diaria y quede registrada en la historia clínica como un elemento más a considerar en dicho documento. El proceso del CI se debe realizar ante cada intervención que suponga la acción directa del personal de salud sobre los pacientes, ya sea de un procedimiento (exámenes), como de un tratamiento, o una intervención de mayor magnitud (cirugía).

La entrega de información toma su tiempo. La urgencia por despachar luego al enfermo provoca, muchas veces, que el proceso del Consentimiento Informado se transforme en un acto con dos interlocutores que no se implican en absoluto, donde la firma de un formulario se transforma en el fin fundamental (23, 25).

¿Quién debe entregar la información al paciente?

El profesional que va a ejecutar los procedimientos es el que debe entregar la información y conseguir el consentimiento. Debe ofrecer una información de buena calidad. El médico tiene que comunicarse con sus pacientes de la forma más sencilla y clara posible, posibilitando así la competencia de los enfermos o familiares para decidir (25). Se ha de utilizar un lenguaje sencillo para que se entienda, ya que no pocas veces “lo técnico” resulta demasiado confuso. Ahora bien, si es necesario usar términos complejos por la imposibilidad de expresarlos de otra forma, siempre se recomienda explicarlos para que sean comprendidos adecuadamente.

Se sugiere invitar a todos los presentes en el proceso de CI a hacer preguntas, manifestando la idea que la obtención del consentimiento se hace en función del paciente. Cuando se le advierte que la información y posterior decisión es por su propio bien, éste es más receptivo y en general, coopera mejor con el tratamiento (26).

¿Qué información entregar?

Sobre el contenido de la información hay bastante acuerdo. En general es comúnmente aceptada la entrega de información que redunde en que el paciente entienda su situación y esté dispuesto a tomar una decisión. Para que esto sea posible, al menos, debe entregarse la siguiente información:

- ♦ Sobre qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer)
- ♦ Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros)
- ♦ Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados)
- ♦ Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves)
- ♦ Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles)

- ♦ Qué ocurriría (clínicamente) si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento)
- ♦ Qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, donde y cómo, información completa y continuada)
- ♦ Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad)

Con toda esta información el paciente debe ser capaz de tomar una decisión que responda a sus necesidades e intereses, a sus valores, a sus criterios de bien, con respeto a sus temores y esperanzas (27).

Es deseable que el CI se obtenga en un ambiente adecuado, tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben. Idealmente se debe disponer de una sala o consulta donde sea posible conversar con tranquilidad, sin interrupciones y en un ambiente que asegure la confidencialidad (28).

Excepciones al Consentimiento Informado

En principio es siempre imperativo obtener el CI del paciente o de un familiar en caso de que este no pueda. Sin embargo se prevén algunas excepciones:

- ♦ situación de urgencia vital inmediata,
- ♦ grave peligro para la salud pública,
- ♦ incompetencia o incapacidad del enfermo y ausencia de sustitutos legales o
- ♦ rechazo de todo tipo de información por parte del enfermo.

Es necesario insistir en que no toda la información que puede dar un médico es necesaria para el CI. Su cuantía es la que una persona razonable necesita.

Conclusiones.

- ♦ Los principios de Autonomía, Competencia, Veracidad, y Beneficencia no pueden ser asumidos por todos los países de la misma forma, sino teniendo en cuenta las peculiaridades de cada uno.
- ♦ En nuestro país, la investigación clínica lleva una considerable ventaja a la práctica médica en la implementación de protocolos de CI. En el Sistema Nacional de Salud cubano, se utiliza el CI en muy pocas de las acciones médicas realizadas; al menos, no con formulario escrito.
- ♦ Como todas las declaraciones profesionales de ética, el CI tiene funciones específicas que fortalecen cualquier tipo de investigación.
- ♦ Es el médico que va a realizar el procedimiento quien debe explicar convenientemente al paciente y familiares sobre los diferentes tópicos y obtener el CI.
- ♦ Ningún documento leído y firmado puede sustituir nunca el diálogo.
- ♦ El CI es materia ética, sobre todo.
- ♦ Se debe contribuir a la difusión y adecuación del CI dentro de la práctica médica nacional, en beneficio de los pacientes.

Bibliografía consultada.

1. Broggi MA. ¿Consentimiento Informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 95-96. http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_1/lec01eti.htm
2. Grup de treball sobre Consentiment Informat de la Comissió Assessora de Bioètica. Guia de recomanacions sobre el Consentiment Informat. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, noviembre de 1997; 8-9.
3. Montenegro A, Monreal ME. La calidad del Consentimiento Informado para los ensayos clínicos coordinados en Cuba. Evaluación de los modelos y protocolos. Cuadernos de Bioética. En imprenta 2002.
4. Montenegro A, Monreal ME. ¿Cómo hacer un Consentimiento Informado para la investigación clínica?, 2001. Editorial Praxis, Argentina.
5. Broggi MA. Algunos problemas de la información clínica en la práctica del Consentimiento Informado. Madrid: Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Información y documentación clínica, 1998; 2: 215.
6. Gild WM. Informed consent: a review. *Anesth Analg* 1989;68:649-53.
7. Castellano Arroyo M. El Consentimiento Informado de los pacientes. En: Polaino-Lorente A, editor. Manual de bioética general. Madrid: Ed Rialp, 1994; p. 328-39.
8. Morelli MG. Bioética, derechos humanos, discriminación y experimentación. *Cuadernos de Bioética* 2000; 1:134-45.
9. Castilla García, A. Consentimiento Informado. En: Castilla A, y Espejo MD, editores. Bioética en las ciencias de la salud. Granada: Asociación Alcalá, 2001; p. 103-17.
10. Rubiales AS, Del Valle ML, Agravia M, Rey P, Vecino A, López-Lara. F. Firma del Consentimiento Informado en Oncología. *Cuadernos de Bioética* 2000; 1:99-106.
11. Ferrer Colomer M. Secreto profesional. Veracidad y Consentimiento Informado. Objeción de conciencia. En: Tomás Garrido GM, editor. Manual de bioética. Barcelona: Ariel, 2001; p. 131-6.
12. Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Antrhopos; 1987.
13. Polaino-Lorente A. Manual de bioética general. 3 ed. Madrid: Rialp; 1997.
14. Lecturas de Filosofía salud y Sociedad. Colectivo de Autores. Ed. Ciencias Médicas, 2000: 141-143.
15. Armengol, R. La relación médico-enfermo. Factores inconscientes. *Cuadernos CAP* 1993; 19: 31-34
16. Orta, SD, Pascual, MA: La Investigación Clínica en Seres Humanos en Cuba. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 1997: pp. 79-88.
17. Broggi, M.A. El peligro de la práctica defensiva en la aplicación del Consentimiento Informado. *Rev. Calidad Asistencial*. 1999; 14: 122-128
18. Blanco Cordero, I. Relevancia penal de la omisión o del exceso de la información médica. *Actualidad Penal*. 1997; 26:575-603
19. Broggi, M.A. La información clínica y el Consentimiento Informado. *Medicina Clínica*. 1995; 104:218-220
20. Buchanan, AE.; Brock, DW. Deciding for others. The ethics of surrogate decisionmaking. New York: Cambridge University Press, 1989: 50-57
21. Buckman, R. Com donar les males notícies? Guia per als professionals de la salut.
22. Observatorio de Bioética y Derecho. Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Barcelona, junio de 2002
23. El Consentimiento Informado. Guía práctica. Servicio de Asistencia Sanitaria. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. Pamplona, 1997.
24. Faden, Ruth y Beauchamp, Tom. "A History and Theory of Informed Consent" New York, 1986, Parte I, p.7.
25. Highton, Elena y Wierzbza, Sandra. "La relación médico-paciente: El Consentimiento Informado". Capítulo VII, p.188.
26. Juan Manuel Carrera. Estudiante de Medicina de la Universidad Buenos Aires. manujanfarroba@speedy.com.ar
27. Ver Simón Lorda, P y Concheiro, L.: "El Consentimiento Informado: teoría y práctica (I)" en *Medicina Clínica* 100 (1993) pp. 659- 663
28. Rojas Z, Elberto El Consentimiento Informado, en las tradiciones médicas y jurídicas. Bogotá. Ed: Médico – Legal. 2003

¹ Médico especialista en Ortopedia y Traumatología, Hospital Julio Trigo, ciudad de La Habana. Master en Bioética.