

CONSENTIMIENTO INFORMADO. EVALUACIÓN DE ASPECTOS BIOÉTICOS, ENTRE MÉDICOS ESPECIALISTAS RELACIONADOS CON LA TRASPLANTOLOGÍA. (RESUMEN TESIS DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA)

Berta A. González Muñoz

Dra. Medicina. Especialista de Primer Grado en Nefrología. Máster en Infectología y Enfermedades Tropicales. Máster en Bioética.

Resumen

El Consentimiento Informado se mantiene como tema atractivo y polémico en los debates bioéticos, considerándose este como un acto voluntario realizado libremente por un sujeto competente y al cual se llega a través de un proceso. La necesidad de evaluar algunos aspectos del conocimiento y describir la percepción acerca de este en médicos especialistas relacionados con la Trasplantología fueron las motivaciones y los objetivos para realizar esta investigación. Realizamos un estudio descriptivo, observacional y transversal a 28 especialistas donde predominó el sexo masculino con el 68 %, el 79% tenía entre 35 y 55 años de edad y el 61% tenía categorización docente. Todos afirmaron saber acerca del Consentimiento Informado, el 85,7 % estimó que siempre es necesario para la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, el 57.1 % considera que es un documento imprescindible en la práctica médica, el 60.7 % plantea que no se usa siste-

máticamente en nuestro medio porque no es aún una norma generalizada y 35.7 % porque desconocen su naturaleza y alcance, para el 39.3% debe redactarlo el médico de asistencia y para el 82.1% también debe explicarlo este, el 53.6% estima que su objetivo primordial es proteger al paciente y el 17.9% cree que es para proteger al médico, el 96,4 % brinda explicación adicional al paciente, solo si este lo solicita. Nuestra investigación demostró el desconocimiento que sobre algunos aspectos del Consentimiento Informado existe en nuestro medio.

Introducción

La bioética fue la tabla de salvación para la crisis estructural del pensamiento médico contemporáneo¹. Las

tendencias actuales de la medicina derivan la exigencia de una perspectiva filosófica que justifique el respeto y la tutela de la vida de modo integral y la fundamentación personalista propone, el deber del respeto de la vida humana en todas sus manifestaciones desde el momento de la concepción hasta la muerte² De la medicina paternalista (la era de la beneficencia) que duró 25 siglos, pasamos a la medicina de la autonomía: “la era del paciente”. Este enfoque, es el que sin dudas revolucionó la ética médica³. Según Gracia⁴ han

influido en la aparición de este nuevo contexto histórico tres fenómenos sociales:

1. **El avance tecnológico:** la revolución en el conocimiento biológico y tecnológico amplió la nueva frontera entre la vida y la muerte, obligando a cambiar los criterios

habituales para la toma de decisiones, y por primera vez, se plantea el dilema de si lo técnicamente correcto y posible es éticamente aceptable. Las nuevas técnicas de soporte vital provocan la aparición de un nuevo concepto médico y jurídico, la muerte cerebral, que se une inherentemente a la práctica de los trasplantes de órganos, constituyó una verdadera revolución a finales del siglo XX.

2. **Cambios en la relación médico-paciente:** La clásica relación entre el médico y el enfermo instauro una relación asimétrica y vertical, donde el médico impone su criterio y el enfermo obedece, en el contexto de una actitud paternalista y con la intención de alcanzar el mayor bien para el paciente pero sin contar con su voluntad. A principios de la década de los setenta comienza a imponerse la relación médico-paciente como un proceso de negociación entre personas adultas. Iniciativa que parte de los propios pacientes quienes reivindican el

derecho a su consentimiento para la toma de decisión tras haber sido informados adecuadamente. Nace así el concepto de CI, que transforma la relación médico-paciente de tipo vertical e impositiva, en una relación horizontal y participativa

3. **Cambios en la asistencia sanitaria:** la crisis económica de los años setenta se refleja en los presupuestos sanitarios y se hace necesario un replanteamiento de los medios y los fines, con el objetivo de garantizar los sistemas sanitarios.

Es un hecho incontrovertible que el CI es ajeno a la tradición médica, si bien en la actualidad constituye un presupuesto esencial de la relación médico-paciente

El Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos definió el CI como: “ la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a teoría y realidad en la práctica local esos procedimientos. La presentación debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente ser conseguida sin coerción; el médico o especialista no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”⁵.

Torres Acosta aporta otra, a nuestro juicio, más amplia y contemporánea, definiéndolo como: “la elección que realiza un adulto particular, de aceptar tratamiento médico o participar como sujeto en una investigación. Para ser ética y legalmente válido, el consentimiento debe estar exento de violencia y basarse en información adecuada sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, al igual que sobre las opciones disponibles. Además, el individuo que proporciona el consentimiento debe tener la capacidad de comprender la información y hacer una elección libre. Desde el punto de vista ético, es un proceso compartido de toma de decisiones que está basado en el respeto mutuo y la participación, no es un mero ritual que es obligatorio. Se pue-

de definir también como la toma de decisiones autónomas y competentes del paciente y/o su representante legal, con el fin de recibir atención médica o de participar en alguna investigación científica médica”⁶.

El concepto de CI ha pasado por diversas etapas. La primera etapa se situaría en el contexto de la medicina de tradición hipocrática, una medicina poco intervencionista, donde existía una relación de confianza entre el médico y su paciente y donde existía un consentimiento inmediato y tácito por el simple acto de acudir a solicitar los servicios del médico. El principal instrumento del médico era la palabra como remedio terapéutico. En cualquier otro ámbito de la medicina fuera de la cirugía, el acto formal de la obtención del consentimiento era algo excepcional⁷.

La segunda etapa se situaría en el contexto de los avances tecnológicos, que en el campo de la medicina darían lugar a la aparición de una medicina intervencionista, con un mayor número de riesgos a la hora de aplicar las diferentes técnicas. Como consecuencia de ello, se crearía en el médico la necesidad de tener que informar al paciente de las técnicas que se la van a realizar así como de obtener el consentimiento del mismo para que se le apliquen determinadas técnicas⁸.

La tercera etapa vendría marcada por el reconocimiento de los derechos de los enfermos y por el aumento de las demandas de responsabilidad médica^{8,9}.

Se considera el primer reporte, a finales del siglo XVIII (1767), el caso inglés de Slater vs. Baker & Stapleton, donde se hicieron observaciones muy interesantes respecto a la comunicación en la relación médico-paciente, que las podemos tomar como un antecedente rudimentario del CI¹⁰.

En 1914, en la sentencia del caso Schloendorff vs. Society of New York Hospitals, el juez Cardozo incluyó una frase que se erigió como el principal argumento ético-jurídico de lo que más tarde se conocerá como *consentimiento informado*, y que no es más que el correlato jurídico del principio de autonomía: “Todo ser humano de

edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo, y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños”¹¹.

En los 1950 se establece una clara transición desde la antigua regla del consentimiento a los primeros casos contemporáneos de CI. El más significativo de estos (1957) es Salgo v/s Leland Stanford Jr. University Board of Trustees principalmente porque fue la primera vez que se mencionó el término de CI¹².

Lejos va quedando la medicina paternalista, basada esencialmente en el principio de beneficencia (“todo para el enfermo, pero sin el enfermo”)¹³.

La Convención Europea adopta el CI en su artículo 5 como principio general para toda intervención médica, y no sólo para la experimentación, siendo la primera vez que el principio de CI es receptado como regla general en un documento jurídico internacional¹⁴. La forma escrita es obligatoria en el caso de sometimiento de la persona a ensayos científicos o en el supuesto de donación de órganos con fines de trasplante¹⁵.

El CI ha llegado a la medicina desde el Derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que este ha realizado a la Medicina, en los últimos siglos. Estamos ante un “derecho humano primario y fundamental”¹⁶ y debemos asumirlo como la materialización de un derecho humano.

Se fundamenta en el concepto legal de intimidad y se enfrenta al llamado “paternalismo del médico, al colocar al paciente como interlocutor válido y en términos de igualdad en su relación con el prestador de salud”¹⁷.

El CI se reglamentó en 1914 y consta de dos elementos fundamentales que le dan validez: la información y el consentimiento. Debe prestarse antes del acto médico y es revocable sin formalidad alguna, requiere de la competencia del paciente¹⁸ tanto física como psicológica. Su validez se extenderá hasta donde haya llegado la información¹⁹.

El CI es un presupuesto de la *lex artis*²⁰ y lo debemos diferenciar de la autorización que tradicionalmente se utiliza en el ámbito médico, la cual permite realizar algún procedimiento, sin requerir que el paciente se encuentre plenamente informado sobre las alternativas diagnóstico, terapéuticas, posibles riesgos y complicaciones²⁰.

Las excepciones²¹ al CI, aparte de los supuestos de incapacidad del paciente (sumada a la falta de representante) o las hipótesis en que esté en juego el interés público o de terceros²², son: la urgencia, la renuncia y el privilegio terapéutico⁸.

Ha sido difícil que el CI, se vaya aceptando en nuestra sociedad, a diferencia de las sociedades anglosajonas donde ha tenido su cuna, probablemente debido a que estas poseen “un liberalismo individual que rinde desmedida pleitesía a valores subjetivos como la autonomía”²³.

La Constitución de la República de Cuba recoge la protección de la salud en su artículo 9, inciso b), en el artículo 43 y en el artículo 50 al establecer el derecho de todas las personas a recibir asistencia médica en todas las instituciones de salud del país, y el derecho a la protección de su salud sin distinción de raza, color de la piel, sexo, origen nacional, creencias religiosas o cualquier otra lesiva a la dignidad humana. En el propio artículo 50, se establecen garantías estatales para el ejercicio de los derechos a la atención médica y a la salud. En la constitución no se hace alusión a otros derechos del paciente que no sean los mencionados, ni a la creación de una norma especial para que los regule²⁴.

El documento de CI no es más que el soporte documental²⁵ de un proceso y es absolutamente necesario que incorporemos esta nueva cultura asistencial, ya que constituye el núcleo de la moderna bioética, y se fundamenta en el reconocimiento del paciente como un sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida y muerte, planteando un reto ético de primer orden a los profesionales de la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, de corte transversal, sobre los conocimientos y percepción del CI, en especialistas relacionados con la Trasplantología, en el “Hospital Hermanos Ameijeiras”, mediante la aplicación a cada uno de un cuestionario validado por expertos.

La muestra, objeto de estudio estuvo constituida por 28 Especialistas de los Servicios de Trasplante de Órganos abdominales, Nefrología, Terapias Intensivas Polivalentes y Anestesiología, presentes el día de aplicación de la encuesta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las respuestas que evalúan percepción de los especialistas acerca del CI se exponen conjuntamente en el gráfico 4 y tabla 4. Los resultados de la

evaluación del conocimiento se exponen conjuntamente en los gráficos 5, 6,7 y 8 y tabla 5.

En los gráficos 1,2 y 3 se detallan las características del grupo de estudio. De los 28 encuestados, el 79% tenía edades comprendidas entre 35 y 55 años. Predominando el sexo masculino (68%). Solo el 39% no tenía ninguna categoría docente.

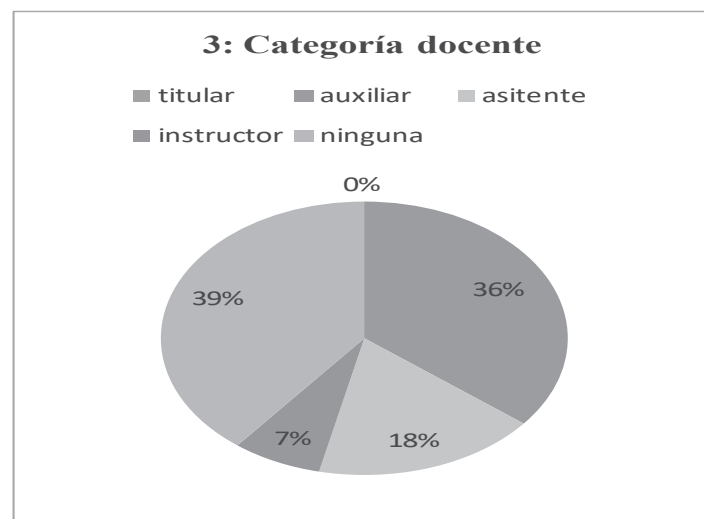
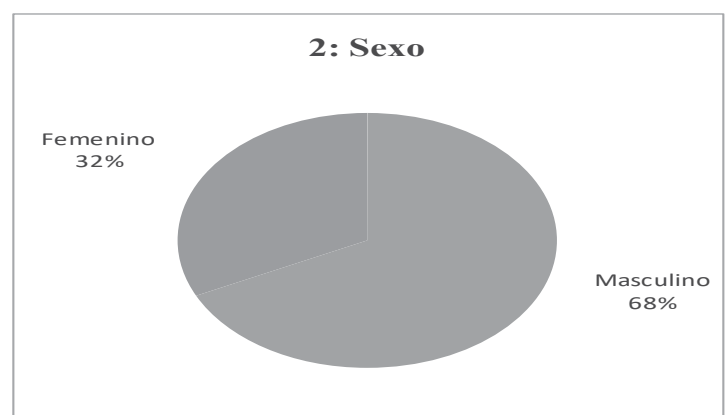
El 85.7% de los especialistas encuestados consideran que siempre es necesario obtener el CI del paciente para la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. Otros estudios nacionales acerca del tema expresan similares resultados²⁶. La percepción acerca de la necesidad de la obtención del CI es adecuada.

Lugones²⁷ expone que: “con frecuencia los médicos tienen dificulta-

des para asumir el CI porque su formación académica y su práctica clínica han estado imbuidas, hasta hace bien poco, por los principios y modos del paternalismo tradicional”. El CI es un instrumento que los profesionales hemos identificado como prioritario pero que, infortunadamente, aún no hemos entendido en su verdadera dimensión ética y jurídica.

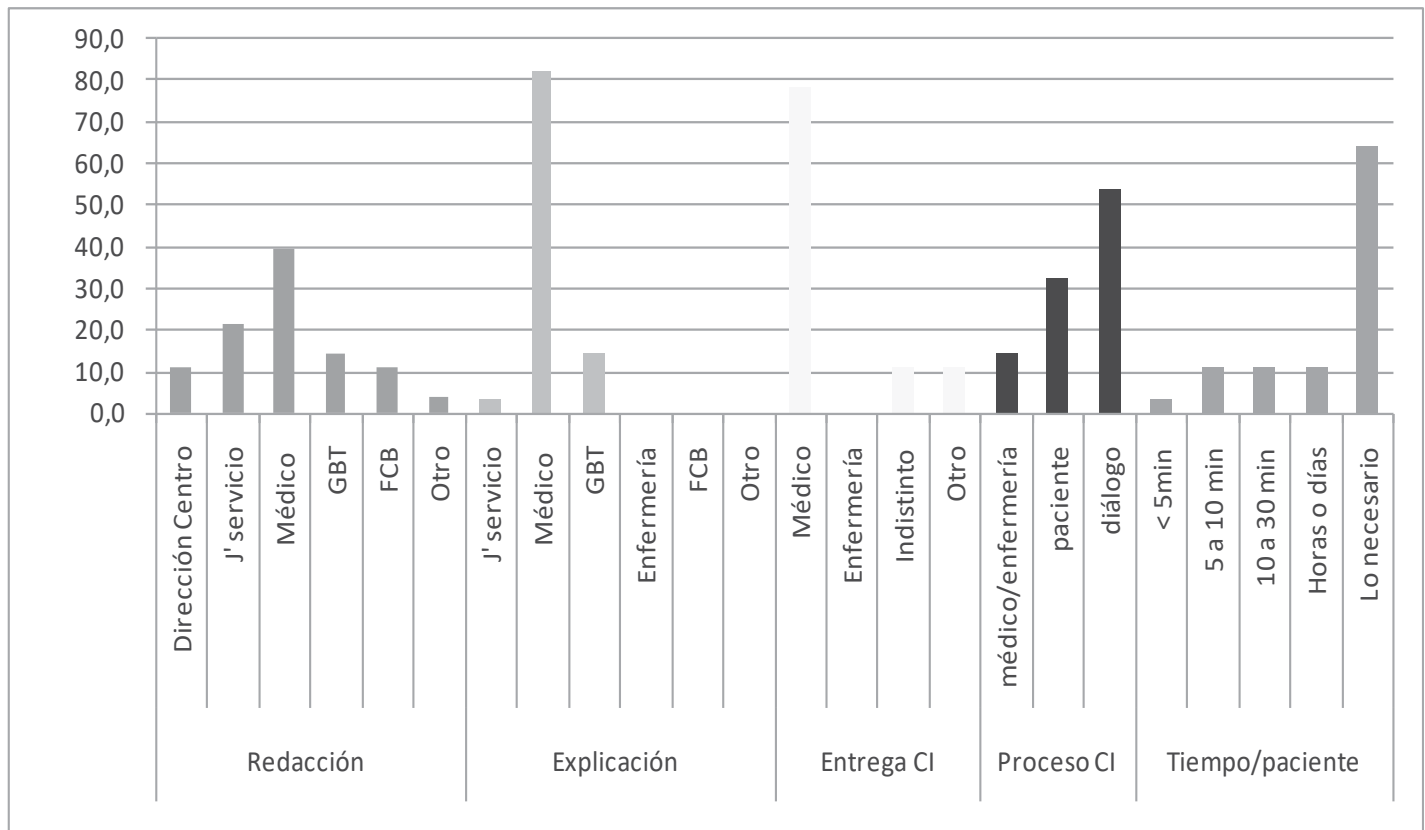
Acea²⁸ explica que: “el principal error cometido ha sido identificar el CI con el “documento” de consentimiento, un error que impide considerar al CI como un proceso asistencial donde la firma para la autorización es el último eslabón de una cadena formada, casi en su totalidad, por el proceso informativo y la deliberación con el paciente”.

Gráficos No. 1, 2 y 3. Caracterización de los médicos especialistas, según:



Fuente: Tablas 1, 2 y 3.

Gráficos No. 5. Conocimientos de los especialistas acerca del CI.



Fuente: Tabla No. 5.

timos siglos". En diferentes países del mundo, el consentimiento informado está legislado³⁰.

Los encuestados estiman (39.3%), que el documento debe ser redactado solo por el médico de asistencia directa y 14.4% por otro integrante del grupo básico de trabajo y 21.4% por el Jefe del Servicio. Pocos argumentan que debe ser confeccionado por personal médico no relacionado directamente con el paciente (10.7%).

El 82,1 %, expresa que debe ser el médico de asistencia directa el que explique el CI, u otro (14.3%) del mismo grupo de trabajo, dado la relación más cercana al paciente, lo que facilita la comprensión y dinámica del proceso. Ninguno considera específicamente que la explicación debe estar a cargo del personal de enfermería, a pesar de esta integrar el grupo. La mayoría (78.6 %) estima que el documento debe entregarlo el médico, el 10.7%,

que puede ser indistintamente el médico o la enfermera y el resto que puede ser entregado por otro personal relacionado con el paciente.

Algunos especialistas (53,6%) creen que la información debe llegar mediante el diálogo entre las partes involucradas. El CI se asocia muchas veces con el acto de lectura y/o firma de un documento, no al dialogo cuando es indudablemente es un acontecimiento de comunicación.

Con relación al tiempo necesario para llenar el documento de CI, la mayoría considera que el paciente debe tomarse el tiempo que necesite (63,3%). Uno de los principales problemas que los médicos plantean ante la documentación relacionada con el CI es el tiempo que consume. En un sistema público de salud, como el nuestro, el volumen asistencial impide disponer de tiempo suficiente para brindar adecuadamente la información, esto

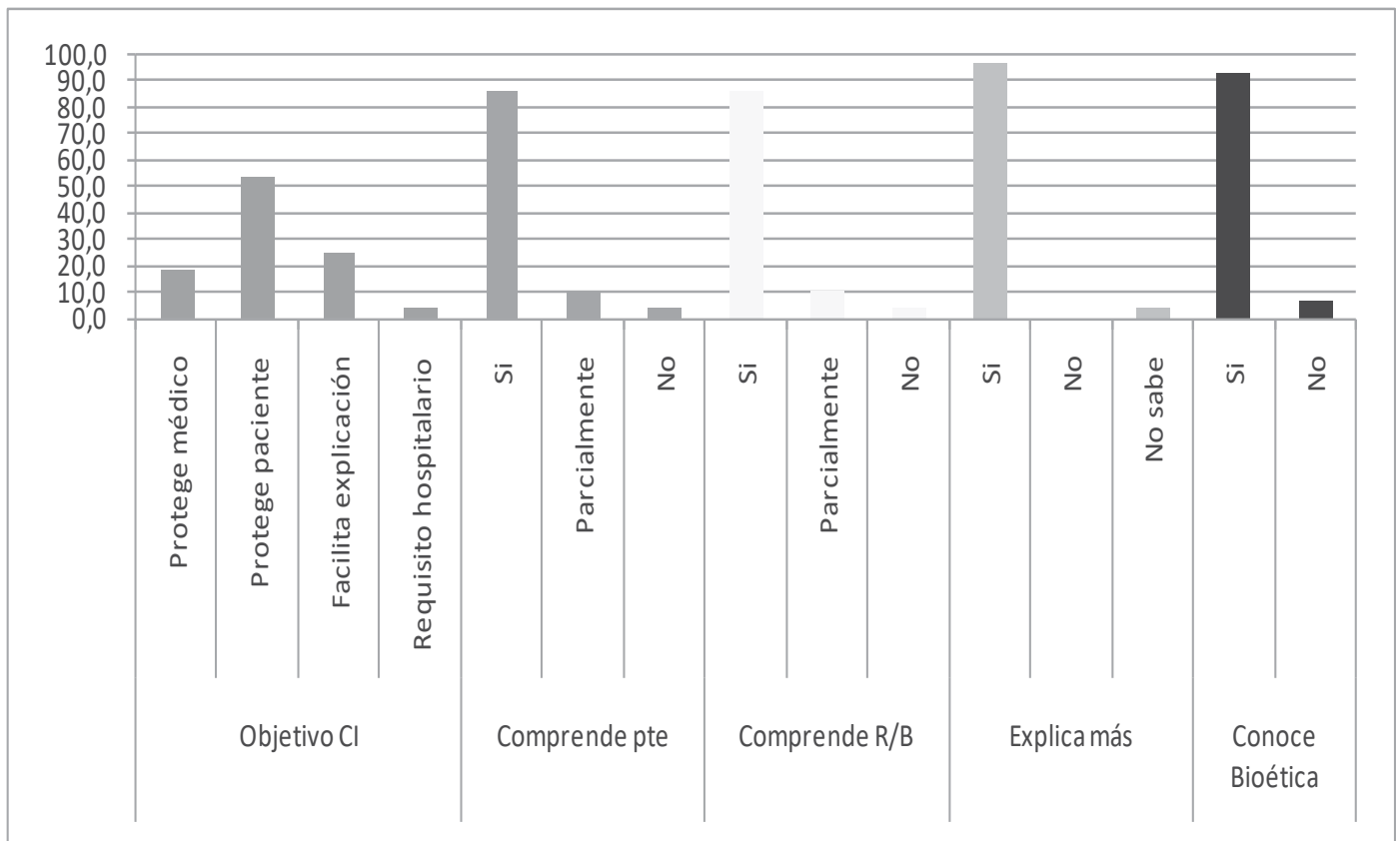
limita la oportunidad al diálogo y, en definitiva, dificulta la relación médico paciente³¹.

El mayor número de profesionales (53.6%) consideran que el objetivo primordial del CI es la protección de los derechos de los pacientes, el 25% estima que es facilitar la explicación del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, y 17.9% lo identifican como un documento que se utiliza para proteger los derechos del médico, el 3,6%, cree que se realiza para cumplir con un requisito del hospital.

La disparidad de respuestas, confirma que no son adecuados los niveles del conocimiento del tema, sobre todo teniendo en cuenta que el estudio se realizó en un centro hospitalario de tercer nivel de atención sanitaria y la calificación científica de los encuestados.

El CI es más un derecho del pa-

Gráficos No. 6. Conocimientos de los especialistas acerca del CI.



Fuente: Tabla No. 5.

ciente y una medida para facilitar la relación sanitaria, que un posible eximamente en caso de demanda, aunque su valor atenuante es indudable.

La mayoría de los especialistas (85,7 %) se cercioran completamente de que el paciente entendió en qué consistía la prueba o intervención antes de su realización, así como de la comprensión de los riesgos y beneficios de su realización. La generalidad de los especialistas (96,4 %), brinda explicación adicional al paciente, si este lo solicita, lo cual demuestra la incorporación de la premisa de que todo profesional de la salud tiene la obligación de informar con sinceridad y detalle.

La información es un derecho que tiene el ser humano³². Lo cual se ratifica en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra y el Código de Conducta del Personal de la Salud.

La mayoría de los profesionales (75 %) piensa que el CI debe ser oral y escrito, otros (17,9%) creen que solo debe ser escrito y pocos (7,1%) que puede ser indistintamente. Se destaca que ninguno refiera que puede ser exclusivamente oral.

Tradicionalmente, se ha dicho que existían dos formas de obtener el CI: la verbal y la escrita. Sin embargo, esto es en realidad confundir la forma de obtención del consentimiento con la forma de conseguir que éste quede registrado. Cuando los procedimientos son invasivos o cuando los riesgos son grandes por el procedimiento o la afección del paciente, es preferible optar por el documento escrito³³.

La totalidad de los médicos considera que el CI debe ser solicitado ante testigos. Opinan el 75 % que deben ser los familiares y 14,3% estiman que otro médico.

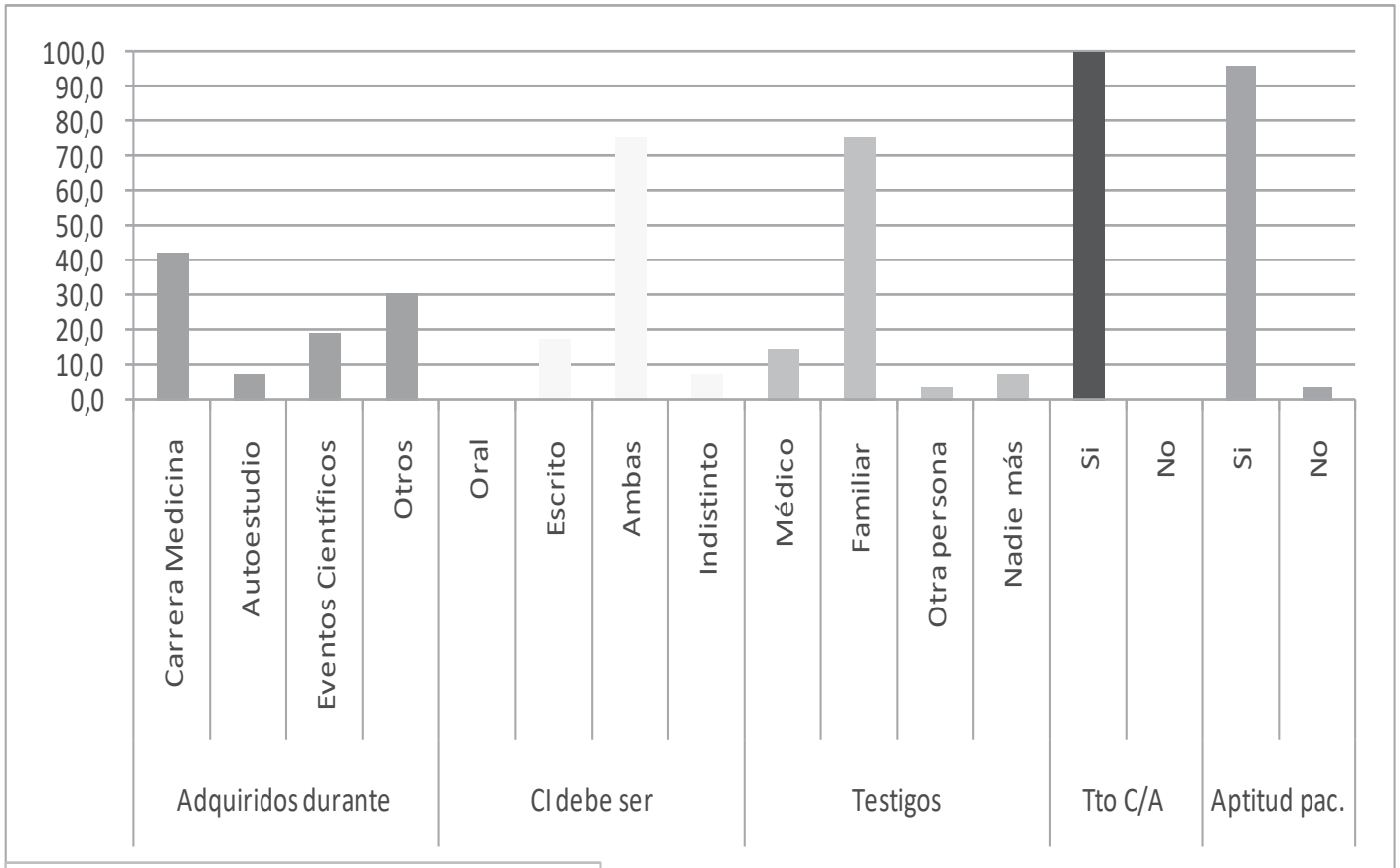
Todos los profesionales (100%) coinciden en que se debe explicar el principal tratamiento propuesto y los alternativos, detallando los riesgos y beneficios probables de cada uno. La mayoría de los encuestados (96,4 %) evalúa previamente la competencia del paciente, lo cual refleja un adecuado conocimiento acerca del aspecto.

El debate actual está centrado más en el documento que en proceso de información al paciente. Aún estamos lejos del modelo de "relación compartida"³⁴, que permite el ejercicio de autonomía del paciente y en el que la información fluye de forma bidireccional, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre ambos³⁴⁻³⁵.

CONCLUSIONES

- Los Especialistas evaluados no poseen un adecuado conocimiento sobre el CI, ni una inadecuada percepción de algunos aspectos bioéticos re-

Gráficos No. 7. Conocimientos de los especialistas acerca del CI.



Fuente: Tabla No. 5.

lacionados con este, lo cual interfiere en la relación médico-paciente y limita sus potencialidades profesionales y humanas por lo cual Se impone la elaboración de un documento rector sobre CI que se corresponda con los principios rectores de nuestro sistema de salud. **B**

Anexo 1. Cuestionario Aplicado a los Profesionales

1. ¿Considera necesario obtener el consentimiento de un paciente para la realización de un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico?

1. Siempre
2. Frecuentemente
3. Ocasionalmente
4. Nunca

2. ¿Qué opinión tiene de los formularios de consentimiento informado?

1. Imprescindibles
2. Conveniente
3. Útiles en ocasiones

4. Innecesarios

3. ¿Quién considera que es el responsable de la redacción del documento?

1. Dirección del Hospital
2. Jefe de Servicio
3. Médico de asistencia directa
4. Cualquier médico del GBT
5. Funcionario del Comité de Bioética
6. Otros

4. ¿Quién considera que es el responsable de la explicación del documento?

1. Jefe de Servicio
2. Médico de asistencia directa
3. Cualquier médico del GBT
4. Enfermería
4. Funcionario del Comité de Bioética
5. Otros
5. ¿Qué opina de la cantidad de información que se le da al paciente en los formularios?
 1. Mucha
 2. Bastante
 3. Suficiente
 4. Poca
6. ¿Cómo valoraría la comprensión del formulario por sus pacientes?
 1. Muy buena
 2. Buena
 3. Regular
 4. Mala
7. ¿Ofrece habitualmente al paciente más explicaciones que las aportadas en el documento?
 1. Siempre
 2. Frecuentemente
 3. Ocasionalmente
 4. Nunca
8. ¿Quién entrega el documento al paciente?
 1. Médico
 2. Enfermera
 3. Indistintamente
 4. Otra persona
9. ¿Cómo se realiza el proceso?
 1. Lo lee el médico/enfermera
 2. Lo lee el paciente
 3. Mediante diálogo
10. ¿De cuánto tiempo dispone el paciente desde la entrega del documento hasta su firma?
 1. Menos de 5 minutos
 2. 5-10 minutos
 3. 10-30 minutos
 4. Horas o días
 5. Lo que necesite
11. ¿Cuál cree que es el objetivo primordial del documento de consentimiento informado?
 1. Protección de los derechos del médico
 2. Protección de los derechos de los pacientes
 3. Facilitar al profesional la explicación del procedimiento diagnóstica y/o terapéutica
 4. Cumplir con un requisito del hospital
12. Sexo
 1. Hombre
 2. Mujer
13. Edad
 1. <35 años
 2. 35-55 años
 3. > 55 años
14. ¿Se cerciora usted de que el paciente entendió en

- qué consistía la prueba o intervención antes de realizarla?
1. Sí
 2. Parcialmente
 3. No
15. ¿Se cerciora usted de que el paciente entendió los riesgos y beneficios de su realización?
 1. Sí
 2. Parcialmente
 3. No
16. ¿Le ofreció la posibilidad de tener más explicaciones si no entendía algo?
 1. Sí
 2. No
 3. No sabe
17. Categoría docente
 - Si Titular
 - Auxiliar
 - Asistente
 - Instructor
 - No
18. ¿Tiene conocimientos de Bioética?
 - Si Carrera de Medicina
 - Autoestudio
 - Eventos científicos
 - Otros
 - No
19. ¿Cómo debe ser el Consentimiento Informado?
 - Oral
 - Escrito
 - Ambas
 - Indistintamente
20. ¿Debe pedirse ante testigos?
 - Si Otro médico
 - Un familiar
 - Otro
 - No
21. ¿Explica los riesgos y beneficios probables que conlleva el tratamiento propuesto y los alternativos?
 - Si
 - No
22. ¿Evaluaría usted primero la capacidad (competencia) del receptor de la información?
 - Si
 - No
23. ¿Por qué usted considera que el Consentimiento Informado no se aplica sistemáticamente en nuestro medio?
 - No beneficia al médico
 - Limita la gestión del médico
 - Expone al médico a reclamaciones legales
 - No es todavía una norma generalizada
 - Se desconoce su naturaleza y alcance
 - No beneficia al paciente
 - Otra

Referencias bibliográficas

- 1.- Sariego Acosta. J.R «Tendencias del debate bioético contemporáneo.» Boletín del Ateneo Juan César García [La Habana], 1995; 3 (3-4): 35-49.
- 2.- ONU.- Declaración Universal de los Derechos Humanos Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948. París <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- 3.- Llor Baños. Una valoración de la enfermedad. Rev electron biomed / electron j biomed 2010; 1: 53-57.
- 4.- Gracia, D, "Introducción. La Bioética Médica", en: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, mayo y junio de 1990, volumen 108, Nos. 5 y 6, p. 374.
- 5.- 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.
- 6.- Acosta J R. Bioética desde una perspectiva Cubana. Segunda edición. 1997 Centro "Félix Varela". La Habana, pp161-163.
- 7.- Sánchez M. Consentimiento Informado. En: Historia y teoría del Método de la Medicina. Introducción al Pensamiento Médico. Barcelona: Ediciones Masson; 1998; 436-7.
- 8.- Galán Cortés JC. Responsabilidad médica y consentimiento informado. Madrid: Civitas Ediciones S.L.; 2001.
- 9.- Núñez de Villavicencio F. Consentimiento educado vs. Consentimiento informado. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(4):12-17.
- 10.- Cruz Coke MR. Introducción de la bioética en la medicina contemporánea. Rev Med Chile 1995; 123(3):363-9.
- 11.- Gracia D. Bioética clínica. Ética y Vida. Estudios de Bioética 2. Colombia: El Buho; 1998.
- 12.- Lolas F. Los principios fundamentales. En: Bioética. Chile: Editorial Universitaria; 1998; 51-2.
- 13.- Toledo Curbelo G. Ética, bioética y salud. En: Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 62-63.
- 14.- Amaro Cano M. ¿Qué saben nuestros médicos de la ética en la investigación científica. RevCubana Invest Biomed 2006; 25(3).
- 15.- Simón P. Capacidad o Competencia. En: El Consentimiento Informado. España: Triacastela; 2000; 337-8.
- 16.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52a Asamblea General de Edimburgo. Escocia: Baretta; 2000.
- 17.- Rogés Sánchez AV, Sánchez García S, Sanabria Negrín JG, Sosa Hernández H, Moleiro Hernández M. Aplicación del consentimiento informado por estomatólogos en la Atención Primaria de Salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2010 [citado 17 Nov 2010]; 14(1): [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm-13-5/rev-fcm-13-5-3.htm>.
- 18.- Ministerio de Salud Pública de Cuba: Principios de la Ética Médica. La Habana 2004.
- 19.- Iglesias Lepine MI Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario rev clin esp. 2007; 207(10):483-8.
- 20.- Gracia, D, "Introducción. La Bioética Médica", en: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, mayo y junio de 1990, volumen 108, Nos. 5 y 6, p. 374.
- 21.- Pantoja Zarza L. El consentimiento informado: ¿sólo un requisito legal? Rev Esp Reumatol 2004; 31(8):475-8.
- 22.- Silva Hernández CA. La autonomía, la integridad y el consentimiento informado. Su importancia en ética médica. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [serie en Internet]. 2005 [cited 3 Ago 2008]; 2(2): [aprox. 7p]. Available from: <http://www.revistahph.sld.cu/>.
- 23.- Acosta J R. Bioética desde una perspectiva Cubana. Segunda edición. 1997 Centro "Félix Varela". La Habana, pp161-163.
- 24.- Bacallao Gallestey Jorge. Bases éticas de algunas dicotomías en el Contexto de los ensayos clínicos. En: Núñez Jover J. Bioética desde una Perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997. P. 84-5.
- 25.- Simón Lorda P: «El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias.» En A. Couceiro (editor). Bioética para clínicos. Madrid, Editorial Tricastela, 1999:136. [Colección de Humanidades Médicas, 3.]
- 26.- Gracia D. "La Bioética Médica", Bioética: Temas y perspectivas, Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica No.527, Washington DC, 1990; 3-7.
- 27.- Lugones Botell M. Consentimiento informado. Rev Cubana Mgi [Internet] 2005[citado 20 Ene 2010]; 21(5,6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi205-605.htm.
- 28.- Acea B, et al. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes Cir Esp. 2005; 77(6):321-6.
- 29.- Galán Cortés JC. Responsabilidad médica y consentimiento informado. Madrid: Civitas Ediciones S.L.; 2001.
- 30.- Pérez González D: «Consentimiento Informado en Cirugía General» Centro de Bioética Juan Pablo II, La Habana 2009.
- 31.- Bacallao Gallestey Jorge. Bases éticas de algunas dicotomías en el Contexto de los ensayos clínicos. En: Núñez Jover J. Bioética desde una Perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997. P. 84-5.
- 32.- ONU.- Declaración Universal de los Derechos Humanos Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948. París <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- 33.- Quirarte RG: Obligaciones y derechos de los Médicos en su ejercicio profesional. Sección de Bioética. Rev Sanid Milit Mex. 2004; 58(4): 336-41.
- 34.- Barca Fernández I, et al. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas Aten Primaria 2004; 33(7):361-7.
- 35.- Sánchez González J La Relación Médico-Paciente. Algunos factores asociados que la afectan Rev. Conamed. 2007; 12(1):20-28.