



## EL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN LA ATENCIÓN CLÍNICO ASISTENCIAL<sup>1</sup>

Allan Rodríguez Artavia<sup>2</sup>

**Institución:** Hospital San Vicente Paul

### COMO CITAR

Rodríguez, A., (2012) El uso del Consentimiento Informado por parte de los profesionales de salud en la atención clínico asistencial [En línea]. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 22, 1-11 [citado (fecha)]. Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/consentimiento.pdf>> ISSN 1409-4568

### RESUMEN

El siguiente artículo parte de la necesidad actual de los diferentes profesionales en la atención clínica asistencial en salud de utilizar el Consentimiento Informado (CI) como instrumento para el ejercicio de la autonomía de los usuarios. Para su formulación, se realizó una búsqueda y revisión a través de dos bases de datos distintas y un motor de búsqueda en línea, aplicando los criterios de selección determinados para el análisis. Entre los principales resultados se obtuvo que en ocho de los artículos analizados se evidencia una necesidad marcada de profundizar la aplicación del CI, aparte que en trece de los documentos revisados es notable que existe una deficiencia total en la aplicación del consentimiento informado, lo cual fue constatado por los usuarios quienes afirmaron no entender o desconocer tal instrumento. Se concluye que en la actualidad los profesionales de la atención clínica malinterpretan el concepto de CI, por tanto, este no es aplicado adecuadamente en la práctica profesional.

**Palabras clave:** consentimiento-informado, profesional, atención-clínica, autonomía

<sup>1</sup> **Fecha de recepción:** 10 de enero del 2012

**Fecha de aceptación:** 27 de febrero del 2012

<sup>2</sup> Enfermero. Magister en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal. Egresado maestría en Bioética de la UNA-UCR. Labora en el Hospital San Vicente de Paul. Correo electrónico: [allanrodriguez.a@gmail.com](mailto:allanrodriguez.a@gmail.com)



## USE OF INFORMED CONSENT BY HEALTH PROFESSIONALS IN HEALTH CARE CLINICAL <sup>1</sup>

Allan Rodríguez Artavia<sup>2</sup>

**Institution:** San Vicente de Paul Hospital

### CITED

Rodríguez, A. (2012) Use of Informed consent by health professionals in health care clinical [Electronic version]. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 22, 1-11 [cited (date)]. Available World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/consentimiento.pdf>> ISSN 1409-4568

### ABSTRACT

The following article is part of the ongoing need for different professionals in clinical care in health care using the Informed Consent (IC) as an instrument for the exercise of autonomy of users. For its formulation, was searched and reviewed by two different databases and online search engine, using specific selection criteria for analysis. The main results obtained in eight of the articles analyzed is evidence of a particular need to intensify the implementation of IC, in thirteen separate documents reviewed is notable that there is a total deficiency in the implementation of informed consent, which was attested by the users who said they did not understand or ignore such an instrument. We conclude that at present the clinical care professionals misunderstand the concept of IC, so this is not properly applied in practice.

**Keywords:** autonomy, care-clinic, informed-consent, professional

<sup>1</sup> **Date of reception:** January 10, 2012

**Date of acceptance:** February 27, 2012

<sup>2</sup> Enfermero. Magister en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal. Egresado maestría en Bioética de la UNA-UCR. Labora en el Hospital San Vicente de Paul. E – mail: [allanrodriguez.a@gmail.com](mailto:allanrodriguez.a@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

A partir de su formulación, el *consentimiento informado* (CI), ha sido un instrumento, el cual se ha visto desde distintas perspectivas por cada uno de los profesionales de la salud que lo aplican. Para algunos se convierte en un mero trámite legal de papeleo que debe de cumplirse en beneficio de la responsabilidad del profesional al ejecutar alguna intervención (Simon, 2006); para otros, esta herramienta no es solo un documento firmado por el usuario(a), sino que se transforma en un proceso continuo de conversación, deliberación conjunta, clara y explicada entre el usuario y el profesional, convirtiéndose en la mejor alternativa de acción tanto en el proceder como en el tratamiento y rehabilitación de la persona. (Lisboa, Pimentel y Jésia, 2010).

No obstante, a pesar de la importancia de su aplicación, pues en nuestra realidad no se refleja su uso, debería ser considerado un imperativo moral del ejercicio que necesita definir cuáles son las pautas adecuadas para su utilización.

Con base en lo anterior, debe tenerse en cuenta que la Bioética aplica el modelo de atención basado en el principialismo propuesto por Beauchamp y Childress (1979), del cual se desprende la concepción del respeto hacia la autonomía de la persona, como ser independiente, propio y con poder de decisión, visión que también está contemplada al aplicar el consentimiento informado, por su importancia ética y legal.

Entonces, partiendo de su trascendencia es que en la actualidad la temática es abordada desde las diferentes disciplinas del ámbito salud, razón por la cual se debate acerca de su aplicación, perfeccionamiento y comprensión por parte del usuario involucrado en el proceso, así como las implicaciones ético-morales del profesional.

A partir del principio de *autonomía* surgen interrogantes como: ¿El facilitador en salud comprende verdaderamente de qué se trata el CI?, ¿Lo aplica como un proceso continuo en la atención en los usuarios?, ¿Cómo aplica este proceso? ¿Los usuarios de la atención realmente están ejercitando el principio de la autonomía al poder formar parte de las deliberaciones junto al profesional para escoger en conjunto la mejor opción? Las anteriores son parte de las preguntas más frecuentes que giran en torno al tópico y de las cuales urge hallar respuestas.

Se debe tener presente que el consentimiento informado, si bien ha venido incorporando una serie de evoluciones que le han ayudado a perfeccionarse durante su historia puesto que en otros países es muy bien utilizado (Retamales y Cardemil, 2009), también ha provocado cierta polémica, dado que su uso algunas veces atenta contra principios trascendentales como el de la vida.

Es a raíz de estas circunstancias que en ocasiones se piensa en el valor real de la autonomía en la persona, dado que al usuario, al encontrarse bajo un paternalismo médico, avocado al bien siempre hipocrático del principio de la vida y beneficencia, no se le consulta su opinión, lo cual termina atropellando tanto su condición como persona, así como su capacidad para tomar decisiones las cuales, en relación con el consentimiento informado, se da cuando los usuarios, sin saber acerca de dicho instrumento, son sometidos a intervenciones o a procedimientos de los cuales no manejan ninguna información (Rosas, Llanos, Sotil, Barturén Bautista, 2010).



Si bien el CI, se convierte en una estrategia útil en la comunicación profesional- usuario, en pro de la práctica eficaz de la autonomía, este no está vinculado ni arraigado a las enseñanzas comunes de los profesionales (Zavala, Sogi, Delgado, y Cárdenas, 2010), quienes indican que parte de las injerencias y falta de conocimiento real del valor y la aplicación del consentimiento informado tiene que ver con un déficit de esta temática dentro de la formación y currícula de los profesionales. Esta situación provoca que el CI sea un procedimiento poco conocido por muchos profesionales y de allí muchas de las posibles situaciones que giran a su alrededor y que se han mencionado hasta el momento.

Dado lo anterior, el CI se convierte en un objeto de estudio minucioso, en el cual juegan muchas variantes que se pueden balancear para alcanzar el fin legítimo pretendido. Debido a que es necesario que el profesional lo introyecte y aplique adecuadamente, es que en este trabajo se ha revisado una serie de artículos publicados por las diferentes disciplinas en salud sobre la temática en los que se analiza tanto resultados como conclusiones, con el fin de conocer, retomar y evidenciar cual es la aplicación real del consentimiento informado en las diferentes intervenciones realizadas por los profesionales de la salud en las distintas ramas, respecto del contexto actual de la atención.

A partir de la situación señalada, y siguiendo la metodología de revisión bibliográfica, se busca indagar acerca de cuán regular es la aplicación del consentimiento informado a los usuarios y usuarias atendidos en los sistemas de salud; aparte, trata de establecer si este instrumento es claro, preciso y entendible para los “pacientes”, así como analizar si la aplicación de los consentimientos informados, a nivel de las diferentes latitudes de la salud, respeta el principio de la autonomía del cliente. Con tales acciones se pretende determinar y dar a conocer cuál es el conocimiento de los profesionales en salud en cuanto a la aplicación del consentimiento informado, además de determinar la situación real del tema respecto de la práctica clínico asistencial.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Para la localización de los documentos bibliográficos analizados, se utilizó varias fuentes documentales.

La búsqueda realizada se llevó a cabo durante los meses de junio, julio y agosto del 2011, utilizando para ello, las bases de datos Medline Plus y LILACS, en las cuales tras el uso de términos descriptores (“consentimiento”, “informado”, “autonomía”, y “usuario de atención”), y tras la utilización de la estrategia de búsqueda de operadores lógicos booleanos, (and, or, not), se obtuvo una serie de 73 artículos relacionados con los tópicos; luego, mediante un proceso de depuración de los datos hallados, bajo la metodología de lectura crítica, se logró obtener el material que finalmente cumplía con los criterios de inclusión establecidos.

Cabe mencionar que dentro de la búsqueda realizada se utilizaron los mismos descriptores del buscador en línea Google Académico, como estrategia ampliada para el recabo de información que se pretendía conocer.

### ***Criterios de Inclusión***

Dada la gran cantidad de resultados, se limitó la búsqueda de los documentos partiendo de los siguientes criterios:

- Que los documentos se encuentren en formato de artículo científico.
- Que puedan ser consultables en texto completo.



- La temática tratada sea correspondiente al área de salud clínico asistencial.
- Su publicación no sea mayor de cinco años.
- Publicación no perteneciente al área de la experimentación o investigación con seres humanos.

A partir de los criterios mencionados, se seleccionó un total de 37 artículos que cumplieran con los requerimientos solicitados, los cuales constituyeron la muestra de material empleado en esta investigación.

Posterior a la lectura y análisis de los documentos que fueron seleccionados tras la búsqueda electrónica, se realizó una síntesis de cada uno, así como de los principales resultados y conclusiones. Posteriormente, se realizó un recuento de las coincidencias, diferencias y argumentos que se presentan en relación con cada uno de ellos.

### *Consideraciones éticas*

Para cada material que se utilizó en el desarrollo de la presente investigación, se respetaron los derechos de autor, incorporando a lo largo del texto las citas bibliográficas correspondientes.

## **RESULTADOS**

Al establecer las diferencias y divergencias en los artículos, se obtuvo los argumentos que se mencionan a continuación:

En cuanto a la necesidad expresa de realizar una mayor profundización al momento de la aplicación del consentimiento informado, en ocho de los documentos analizados se refleja que este es uno de los principales problemas que se tiene a nivel de la atención clínica.

Respecto del conocimiento y aplicación del CI en la práctica clínica, en uno de los artículos considerados se identifica que el médico joven presenta mejor conocimiento teórico de dicho instrumento; sin embargo, el mismo estudio señala que este documento(CI) es mejor aplicado a nivel práctico por los médicos con mayor experiencia.

Por otra parte dos de las investigaciones indican que el CI es una estrategia, factible y eficaz de ir eliminando el paternalismo médico y la atención vista desde el modelo de la verticalidad; los mismos estudios recalcan la oportunidad que tiene el profesional de la salud al implementar esta herramienta, pues brinda y establece un respeto a la autonomía del usuario(a), siempre y cuando se logre explicar y clarificar cualquier inquietud que se presente en el proceso del CI, a través de la atención que se brinde.

A la vez, un estudio señala que es necesario eliminar una serie de mitos del pensamiento y práctica clínica asistencial, ya que estos entorpecen la aplicación del CI. En dicho estudio se critican diez de esos mitos entre los que se encuentran: la buena práctica clínica consiste en realizar bien los actos clínicos desde el punto de vista científico-técnico, el CI no tiene que ver con esto; los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento, pero sólo antes de que se les aplique, una vez iniciado éste, los profesionales no pueden retirarlo; la obtención del CI es una responsabilidad de los médicos, pero no de la enfermería; la obtención del CI es una obligación de los profesionales que realizan las intervenciones, pero no de los que las indican (Simon, 2006).



Por otro lado, en dos publicaciones se recalca la idea de que con la aplicación de un verdadero CI se da empoderamiento al usuario(a), para que pueda ejercer con plenitud su autonomía en cuanto a la atención dada; sin embargo, dichos estudios añaden que para alcanzar este fin se necesita dejar de mirar el CI como un acto y establecerlo como un proceso continuo que debe de mejorar en todo momento.

En contraste con lo anterior, en trece de los estudios analizados se identifica que existe una deficiencia en la aplicación del CI, la cual expresa que no es entendido por los usuarios(as), no se da en el momento oportuno o no se explica cada una de la implicaciones, complicaciones, tratamientos y procedimientos que se pueden presentar al realizar una intervención de cualquier tipo.

El dato mencionado es corroborado en cuatro de los estudios propuestos, se aprecia que los(as) usuarios(as) de la atención manifiestan que no comprenden que significa el CI, no tienen ninguna idea de su uso o presentan un conocimiento mínimo en relación con éste.

Inclusive, en una de las investigaciones queda clara la contradicción que existe en las respuestas de los usuarios(as) de la atención, quienes consideran que el consentimiento informado está hecho para eximir de cualquier tipo de responsabilidad a los profesionales de salud cuando prestan su atención en las personas.

Por otro lado, viendo el buen uso del CI, en el caso de tres publicaciones, se obtuvo que los usuarios(as) de la atención habían entendido perfectamente el proceso del CI y que gracias a este claro entendimiento del proceso o intervención por realizar no se negaron en ningún momento y hasta fueron conscientes de la necesidad de tales intervenciones.

A partir de lo anterior, no puede obviarse que en una investigación se recalque la importancia legal de dicho instrumento, además cuán trascendente es que se use adecuadamente antes de realizar cualquier intervención.

Por último, y en relación la importancia del CI en cuanto a reforzar la autonomía del usuario, un estudio confirmó que la implementación de tal herramienta facilita la participación del usuario(a) y evita casos de irrespeto a la autonomía y dignidad del ser humano.

## DISCUSIÓN

Como lo mencionan Díaz, Simal, Salillas y Julve (2009), la máxima expresión del principio de la autonomía en los usuarios(as), en cuanto a las decisiones referidas a su tratamiento, se plasma en el consentimiento informado. En relación con el concepto, Gutiérrez y Pérez (2005) lo definen como:

“el proceso verbal por el que el paciente, una vez que ha sido convenientemente informado, lo suficiente para tomar una decisión, accede a realizar la intervención que el médico o profesional en salud le propone (...) y puede acompañarse de un documento que sirve de garantía de que el paciente ha recibido la información pertinente...”, que tiene lugar en el marco de la relación médico-paciente, momento básico de toda la ética médica” (p.75).



Sin embargo, en muchas ocasiones, el CI es mal comprendido en el contexto de la atención médica y en salud en general, aspectos señalados por Palomer (2009), indican que un gran número de los pacientes no comprenden adecuadamente la información entregada durante la discusión del consentimiento, especialmente aquellos de menor educación y bajos ingresos a los que no se les consulta para confirmar si entendieron o no y se les realiza intervenciones bajo su total desconocimiento.

Partiendo de la problemática mencionada, es necesario un replanteamiento del lenguaje, de las expresiones incomprensibles, así el evitar el uso de tecnicismos, sugerencias acotadas por Da Costa, Bezerra, Thaumaturgo, Ueda, Veiga y Brunetti (2009), para quienes es imprescindible llevar las palabras adecuadas en los momentos adecuados, teniendo en cuenta la condición emocional del usuario.

Igualmente, según Alfaro, Coronado y Ramírez (2010), en la práctica del CI:

...se debe considerar dos aspectos inolvidables: el primero, lo que el sujeto-paciente puede comprender y, el segundo, lo que el sujeto-paciente puede soportar, esto quiere decir, el poder reconocer la especificidad o la concreción: alguien es una persona y esta, a su vez, se encuentra determinada, razón por la que es preciso explicar y esforzarse por dejar claro lo pertinente a una investigación o tratamiento de manera que los datos suministrados no sean un obstáculo en cuanto a la comunicación, por el contrario, se busca que el profesional esté a la altura del sujeto-paciente, por ello, ha de hacerse en un lenguaje claramente comprensible por un sujeto-paciente razonable (p.93-94).

Respecto de lo anterior, Zavala, Sogi, Delgado, y Cárdenas (2010), coinciden al indicar que

Lo real es que generalmente el consentimiento informado no toma ni tiene el verdadero valor ni se le da la merecida importancia. Muchas veces es un simple requisito. Quizás esto debería tomarse en cuenta para darle la importancia debida. El consentimiento informado está poco difundido dentro de los hospitales nacionales y la gente no entiende con claridad dicho término (p. 175)

Tales afirmaciones demuestran cuánta discrepancia hay en torno a la aplicación del CI, pues para algunos es tan solo una labor de papelería, mientras que para otros es un proceso que mejora la comunicación y participación de los aspectos involucrados, aspecto en cual coincide con parte de los resultados de la presente investigación.

Para autores como Monti (2006), el CI, es un documento en el cual debe ser impartido de modo tal que sea comprendido por el paciente, por ello es necesario usar un lenguaje llano y un nivel de complejidad coherente con los alcances intelectuales del interlocutor, aspecto que no se ajusta a los resultados analizados ya que se observa que el CI es ignorado y no aplicado por los profesionales en la atención clínico asistencial. Se podría decir que no se evidencia lo que Careaga, Figueroa y Mejía (1996) indican en relación con la actitud del profesional de salud ante el usuario, ya que ellos opinan que “el profesional ideal muestra simpatía y no empatía, entendimiento intuitivo, sin una involucración de escala completa: debe de entender los sentimientos del paciente, sin sentirlos él



mismo” (p.227), elementos que al aplicarse le ayudan para una mejor comunicación y relación profesional-paciente, así como en la aplicación del CI.

Por otro lado, de acuerdo con Simón, Barrio, Sánchez, Tamayo, Molina, Sues y Jiménez (2007), cuando un CI es aplicado amigablemente y con lenguaje apropiado, el usuario(a) se siente respetado y escuchado, situación que concuerda con aquella información en la que se afirma que un adecuado uso del CI contribuye con el empoderamiento de las personas.

Lo anterior coincide con lo expresado por Marlasca (2002), quien, al citar el principio de autonomía (que se ve representado en el consentimiento informado), indica:

..el hombre es dueño de sí mismo, y puede decidir libremente sobre su vida y sobre lo que le conviene, en tanto se lo permitan las leyes vigentes de la sociedad y en tanto no atente contra los derechos ni los intereses de las demás personas, (...) el médico no tiene sobre el paciente sino el poder y el derecho que éste le dé, sea explícita, sea implícita y tácitamente. El paciente, por su parte, no puede conferir más derechos que los que el mismo posee (p.37).

Aparte, en cuanto al valor legal del CI, se encuentra la opinión de Marteleto, Hallack y Salome de Morais (2010), quienes mencionan que el CI “tiene la virtud de representar una especie de autorización para la injerencia sobre la integridad física del paciente, lo que suspende cualquier ilicitud en la conducta del médico, a no ser que se identifique una mala actuación profesional, mediante la aclaración de dolo o culpa” (p.120). Tal aclaración es necesaria, ya que para muchos usuarios, el CI permite al profesional de eximirse de responsabilidad ante sus actos, lo cual demuestra una total incompreensión acerca de los verdaderos usos y alcances del CI.

En contraste con la opinión errónea que tienen algunos usuarios, el CI proporciona confianza a los usuarios, les brinda confianza y ejercita su principio de autonomía, idea que concuerda con Muñoz, Sánchez, Rojas, Rivera, y Mendoza (2008), quienes indican que en un grupo con el que trabajaron, al no haber dudas acerca de cómo se iba a proceder, ninguno de sus integrantes se negó a la intervención a pesar del conocimiento expreso de las posibles complicaciones. Dicho aspecto coincide con los resultados encontrados en los cuales se aprecia que con la explicación clara y legible del consentimiento informado, los procedimientos serán mejor comprendidos y, en modo alguno, es motivo para realizar una excelente intervención.

Tal como lo indica Quintero Roa (2009), al aplicar el CI se da mayor valor a la decisión informada del usuario de la atención e, igualmente, se invita al profesional en la atención de la salud a abandonar los caparazones protectores, paternalistas y autoritarios, basados en una mal entendida y trasnochada beneficencia, por el contrario, debe adoptarse la postura de Gracia (1989), quien afirma que “la relación médica más simple, es aquella que se establece entre un médico y un enfermo, que se ha convertido en autónoma, plural, secularizada y conflictiva”(p.251). El mismo autor, al referirse al CI como manifestación de la autonomía, opina que “es el derecho del paciente si este es competente a rechazar, todo tipo de asistencia, incluso la indicada, y puede rechazar la asistencia que no parece del todo indicada, (...). Esto exige la puesta a punto de una nueva cultura sanitaria, y la homogenización del sistema legal, que ha sido muy paternalista...” (p.251). tales comentarios revelan una complicidad entre en el aspecto social y legal en cuanto a no abogar por el respeto a la





decisión informada del usuario, cuando este no desea una terapéutica, aspecto que se ve reflejado también en los resultados encontrados.

Tras lo anterior, no se puede dejar de lado que a pesar de que el CI es una herramienta íntimamente útil, en cuanto al pleno ejercicio de la autonomía del usuario(a) y que al aplicarlo como un proceso continuo de información y retroalimentación contribuye íntimamente en la toma conjunta de las decisiones clínicas, se sigue teniendo una enorme debilidad en la aplicación clara y concisa de esta concepción, por ello no resulta extraño que López, Barrios, Roque, Pereira y Nodal (2010) indiquen que la práctica de la aplicación del consentimiento informado esté aún sujeta a un proceso de perfeccionamiento diario.

## CONCLUSIONES

El consentimiento informado como proceso de respeto constante a la autonomía de las personas es frecuentemente malinterpretado por los profesionales del sector salud, quienes lo visualizan como una fórmula, rápida de llenar, con la cual se delega en el usuario la responsabilidad de lo que pueda suceder tras una intervención médica. Tal actitud refleja una falta de ética profesional y personal que, además, indica un trato totalmente vertical y paternalista, al no incluir al usuario en la toma de decisiones que le competen.

Por otra parte, existe una eminente necesidad de replantear los usos del CI en los centros asistenciales de salud, ya que este es visto como un documento firmado que salva de responsabilidad profesional, y es utilizado por los profesionales como una herramienta defensiva, en lugar de ser herramienta de aproximación a los usuarios(as), limitando en varias circunstancias la comunicación usuario-proveedor o facilitador de salud.

En cuanto a los profesionales clínicos asistenciales, estos deben introyectar que el CI constituye un proceso, el cual debe plantearse como un constructo continuo durante la atención, en la que se incorporan las distintas intervenciones paso por paso de una manera clara, sencilla y entendible para el usuario, facilidad que permite a este conocer más acerca de sí y ejercer mayor autonomía respecto de la toma de decisiones personales.

Se debe orientar a los usuarios y usuarias de la atención en cuanto al uso y exigencia de un consentimiento informado, en el cual tengan claro de una manera simple y precisa el ¿Qué?, ¿Por qué?, ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Dónde?, se le va a realizar cualquier tipo de intervención para que, tras recibir orientación al respecto, puedan decidir cuál intervención prefieren, basados en información fidedigna y clara proporcionada por el facilitador de la atención.

Es necesario incluir la temática de la bioética en la currícula universitaria, cuyo reforzamiento logre que los profesionales interioricen los principios del respeto a los usuarios(as), práctica que no solo es un principio profesional, sino una toma de conciencia respecto de cuán importantes es para el usuario involucrarse en todo aquello que tenga que ver con su salud.



## REFERENCIAS

- Alfaro, M., Coronado, Céspedes, G., Ramírez, E. (2010). *Estudio bioéticos en Costa Rica*. Costa Rica: Antanaclasis Editores S.A.
- Beauchamp, T., Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. 4 ed. Barcelona, España: Editorial Masson S.A.
- Careaga, G., Figueroa, J., Mejía, M. (1996). *Ética y Salud Reproductiva*. México: Editorial Grupo Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz, M., Simal, N., Salillas, E., Julve, M. (2009). Aproximaciones al Principio de Autonomía en el tratamiento de diálisis: el Consentimiento Informado y las Voluntades Anticipadas. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12 (3), 184-188.
- Gracia, D. (1989). *La bioética médica. Ensayo introductorio al libro Fundamentos de Bioética*. Madrid, España: Editorial Eudema.
- Gracia, D. (1998). *Ética de los confines de la Vida*. Bogotá, Colombia: Editorial El Búho.
- Gracia, D. (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Bogotá, Colombia: Editorial El Búho.
- Gutiérrez, J., Pérez, R. (2005). Consentimiento informado de Medicina Interna en el Hospital Universitario San Ignacio. *Revista Universitas Médica*, 46 (3), 74-80.
- Lisboa, V., Pimentel, D., Jêsia, M. (2010). O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. *Revista Bioética*, 18 (3), 705-724.
- López, A., Barrios, I., Roque, R., Quintana, I., Pereira, J., Nodal, J. (2010) El consentimiento informado en la práctica quirúrgica. *Revista Cubana de Cirugía*, 49 (2), s. p.
- Marlasca, A. (2002). *Introducción a la Bioética*. Cuadernos Prometeo 23. Heredia, Costa Rica: Editorial Universidad Nacional de Costa Rica.
- Marteletto, A., Hallack, L., Salome, B. (2010). Término de Consentimiento Informado: La Visión de los Abogados y Tribunales. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 60 (2), 119-123.
- Monti, G. (2006). Valor legal y ético del consentimiento informado. *Revista Hospital Italiano*, 26 (1), 31-33.
- Palomer, L. (2005). Consentimiento informado en odontología. Un análisis teórico-práctico. *Revista Acta Bioethica*, 15 (1), 100-105.
- Quintero, E. (2009). El consentimiento informado en el área clínica: ¿Qué es?. *Revista Médica de la Universidad Autónoma de Bucaranga*, 12 (1), 27-32.



Retamales, P., Avelino, G. (2009). Beneficios del ejercicio de la autonomía y consentimiento informado: Ejemplo de los Testigos de Jehová. *Revista Médica Chile*, 137 (10), 1388-1394.

Rosas, M., Llanos, A., Sotil, A., Barturén, A., Bautista, P.(2010). Evaluación del consentimiento informado en los servicios de cirugía de los establecimientos de salud estatales y privados, en Lima Metropolitana. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 71(1), 26-29.

Simon, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (3), 29-40.

Simón, P., Barrio, I., Sánchez, C., Tamayo, M., Molina, A., Suess, A., Jiménez, J. (2007). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (2). 191-198.

Zavala, S., Sogi, C., Delgado, A., Cárdenas, M. (2010). Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 71(2), 103-110.

Zavala, S., Sogi, C., Delgado, A., Cárdenas, M . (2010). Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 71 (3), 171-177.

