

# La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana

## *The reality of informed consent at peruvian medical practice*

Diana E. Revilla Lazarte<sup>1</sup>, Duilio J. Fuentes Delgado<sup>2</sup>

### RESUMEN

El consentimiento informado tiene un significado e importancia esenciales, tanto en la investigación como en la práctica médica. Sin embargo, pese a que ha sido mencionado en varios textos médicos, el proceso del consentimiento informado en la atención médica peruana es aún hoy ejecutado inadecuadamente, y esto debido a varios factores. Para evaluar dichos factores este artículo inicia con una breve historia del consentimiento informado, seguido de un enfoque contextual de la práctica médica actual y una confrontación de la teoría con la realidad, para con ello llegar a algunas conclusiones y posibles soluciones basadas en el respeto a los pacientes y a una relación entre médicos y pacientes como iguales.

**Palabras clave:** consentimiento informado, práctica médica, relación médico paciente, atención médica

### ABSTRACT

*Informed consent has great importance and significance, for both biomedical research and medical practice. Because of several reasons, the informed consent process is still being inadequately carried out in peruvian medical care, despite its incorporation in medical treatises. This article attempts to evaluate some of the factors involved. It provides a brief history of informed consent, followed by a contextual approach to current medical practice and a comparison of the ideal and real situations, discussing possible solutions and concluding that the informed consent should be based on respect for patients and a fair relationship of physicians with patients as equals.*

**Key words:** informed consent, medical practice, physician patient relationship, medical care

### INTRODUCCIÓN

El significado y la importancia del consentimiento informado, tanto en la investigación como en la práctica médica, han sido expuestos y debatidos en numerosos textos médicos. En lo que refiere a la investigación clínica, el consentimiento informado es un proceso importante, muy bien determinado y definido, cuya esencia y propósitos fundamentales sostienen la decisión consistente y voluntaria controlada por el propio sujeto<sup>1,2</sup>. Pero en la práctica médica habitual, donde forma parte fundamental de la relación médico paciente, el proceso no es aún conducido de manera adecuada.

Frente a esta realidad, se cree conveniente e importante volver a retomar el tema del consentimiento informado, definiendo y fundamentando el proceso, y confrontar la teoría conocida con la realidad, para poder de esta manera examinar la perspectiva de este proceso desde el escenario de la práctica médica peruana actual, y así enfocar los problemas que hacen que sea poco ejecutado, valorado y conocido en su real magnitud.

Pero para hablar del consentimiento informado tenemos que remontarnos a la antigüedad, para entender como la práctica médica era en esa época y conocer como surgió lo que hoy es (o debería ser) el pilar de la atención médica contemporánea.

#### Un breve recuento histórico

Desde la antigüedad la práctica médica se ha visto influenciada por la ética, teniendo como lineamiento al

Juramento Hipocrático, el que marcaba un comportamiento profesional caracterizado por una carga paternalista en defensa de la beneficencia del paciente, de acuerdo con las creencias morales de la época. La actitud hipocrática consideraba al paciente como un ser “minusválido” ante la toma de decisiones, dependiendo estas únicamente del criterio del médico<sup>3,4</sup>.

Contemporáneamente, en algunas de sus obras, Platón contradecía la imagen dada por Hipócrates a la relación médico-paciente. Él fundamentaba que el “conocimiento del bien” era inherente a cada persona, así el paciente sabría que es lo mejor para él y el médico debería ayudarlo a que tome, con ese conocimiento, decisiones<sup>3</sup>. Mencionó, además, que un hombre libre debería dar su consentimiento, relacionando el consentimiento con el derecho que cada persona tenía a la autodeterminación y al libre albedrío; ideología totalmente opuesta a la filosofía hipocrática<sup>3</sup>.

En los siguientes siglos se produjo una transformación evolutiva de los conceptos éticos en la medicina (de acuerdo con la evolución tecnológica de esta ciencia) y de la ideología política, social y económica<sup>5-7</sup>. En 1773 se escribe la Declaración de Filadelfia, donde se encuentran los primeros antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento por parte de los pacientes. En 1803 la ética médica de Thomas Percival señala que el médico debe asegurarse de que el paciente y familiares tengan la información necesaria sobre el estado del enfermo para proteger de esta manera sus intereses<sup>8</sup>.

A partir del siglo XX los derechos naturales del hombre y el respeto a la persona pasan a ser el eje fundamental del actuar humano<sup>5</sup>. Estas modificaciones en las estructuras

1. Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

2. Médico Cirujano. Universidad Mayor de San Marcos, Instituto Nacional de Salud, Lima, Perú.

ideológicas pasan a desestabilizar las bases absolutistas y totalitarias dando paso al crecimiento de la democracia, y con ello un cambio en la mentalidad<sup>9</sup>.

Pero fue después de la Segunda Guerra Mundial, luego de darse a la luz pública las atrocidades cometidas por los nazis “a favor” del mejor conocimiento médico, que la ética médica toma un nuevo giro, centrándose ahora en el derecho del paciente. Nace aquí el Código de Nuremberg como una protesta al horror plasmado en la historia por tales experimentaciones, y con él la importancia de la decisión del paciente en participar o no de algún estudio clínico<sup>10</sup>.

Al iniciar la década del setenta, y fundamentada por Potter, nace la Bioética, a partir de la cuál se cimenta una nueva forma de entender y aplicar la ética en los aspectos relacionados con la vida y conducta humana<sup>5,6</sup>. En esta misma década se presenta el Informe Belmont, en el que se establecen los principios éticos base de la bioética. Además se describe al consentimiento informado como una expresión de la autonomía de las personas, debiendo ser libre, comprendido e informado<sup>5,11</sup>.

Estos cambios ideológicos del siglo XX dan paso a la importancia de la toma de decisiones por los sujetos<sup>12</sup>, consolidándose así la autonomía de los individuos<sup>5</sup>. Para garantizar ello en la práctica médica y en la investigación clínica, se gestan jurídicamente las conductas morales y éticas que deberían observarse en la relación médico-paciente<sup>5</sup>. Inicia aquí el uso del consentimiento informado, con raíces jurídicas y éticas<sup>12,13</sup>.

En el Perú, la Ley General de Salud N° 26842 del año 1997, establece muy someramente la necesidad y la importancia de ejecutar el proceso de consentimiento informado, enfocándolo más como un permiso requerido para realizar cualquier intervención médica.

### **Práctica clínica: un enfoque contextual**

¿Qué podemos entender por práctica médica? ¿Es un mero encuentro entre un enfermo que busca atención y un médico dispuesto a ofrecer sus servicios, o es mucho más que eso?

Hay que tener en cuenta que la práctica médica no sólo debe concebirse como un conjunto de acciones emprendidas por el personal médico para preservar y recuperar el estado de salud del individuo; sino que se dedica a la promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación del enfermo y a los procesos de rehabilitación<sup>14</sup>. Para desempeñar cada uno de éstos, el médico debe crear una relación con su paciente, basada en el respeto a su condición de persona, el humanismo médico y los principios éticos fundamentales. En otras palabras, debe construir sobre cimientos sólidos una adecuada relación médico-paciente.

Sabemos que la concepción de la relación médico-paciente en la práctica médica ha sufrido cambios históricos. Pasamos de una relación basada en el paternalismo, donde se defendía la beneficencia del paciente y donde

el médico, como ser superior (en los ámbitos social, económico y cultural), dirigía al paciente sin considerar sus preferencias ni opiniones; a una relación donde el paciente juega un rol primordial en la toma de decisiones, como ser autónomo, libre y merecedor de respeto. Pasamos de una situación social donde el paciente era identificado por su enfermedad, a una nueva situación donde el paciente es una persona identificada por su nombre, con sentimientos, dolencias, derechos e inquietudes.

Si nos ponemos a reflexionar, el contexto de la atención médica es el encuentro de dos personas - el médico y el paciente - con diferencias culturales, sociales y económicas; con prejuicios e ideologías propios; con creencias, mitos y tabúes distintos; con expectativas, preferencias y afecciones peculiares. Y es en este escenario donde estas dos realidades deben transformarse en una dinámica basada en el mutuo respeto, libertad, confianza y comunicación, que conocemos como relación médico-paciente<sup>15</sup>. Éstos, en combinación con la confidencialidad y el respeto por la autonomía del paciente, harán posible el entendimiento de ambas partes y la negociación en busca de la mejor decisión médica.

Llegar a construir una relación médico-paciente como la descrita, es, sin duda, una tarea difícil. Es necesario que el médico dedique tiempo, paciencia, voluntad e interés; y que el paciente coopere con el proceso. Muchas veces son los pacientes los que no quieren modificar el tipo de relación con sus médicos por sentirse protegidos por el paternalismo autoritario. En otras ocasiones, y nosotros diríamos en la mayoría de las veces, son los médicos los que no aceptan aún los cambios de la relación, o les cuesta implementar adecuadamente los pasos para construirla exitosamente.

Abandonar la relación basada en el paternalismo médico no implica desconocer o no percibir la dependencia que el paciente tiene ante el médico y su necesidad de atención y cuidados. La verdad es que un paciente, cuando busca atención médica, se encuentra vulnerable, sufre, se siente desamparado, desprotegido, ya que la enfermedad pone en evidencia la fragilidad de su vida. Si nosotros, médicos, aprovechamos ésta situación para imponernos ante él con nuestro conocimiento científico y no le damos la oportunidad de participar en la toma de decisiones tras explicarle, las veces que sean necesarias, su situación real de salud, lo hacemos más vulnerable, y no lo tratamos como persona autónoma. Concederle información, subsanar dudas, explicarle las consecuencias de cada decisión, permitirle determinar los pasos a seguir en su diagnóstico y/o tratamiento no nos hace menos profesionales, sino que nos hace más humanos.

Pensar en un tipo de atención como ésta puede parecer algo utópico, pero es hacia éste fin que tenemos que evolucionar. La evolución de la ideología del hombre como ser social fluye hacia la igualdad, hacia el respeto del ser humano como tal. A pesar de esto, en la práctica médica actual aún hay quienes ponen en tela de juicio la conveniencia de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas<sup>8</sup>. Algunos argumentan que la vulnerabilidad del paciente

lo hace débil para comprender y actuar libremente y con conciencia, ya que se ve influenciado por sus miedos, sus angustias<sup>15</sup>, y por ende, es incapaz de entender y recordar detalles de lo explicado trascurrido un tiempo<sup>16</sup>. Otros subestiman el deseo de los pacientes de ser informados<sup>17</sup>, piensan que el tiempo no debe ser gastado intentando crear un vínculo de comunicación e información con el paciente, o simplemente son malos comunicadores e intentar mejorar esta situación les resulta muy estresante. Sin embargo, la evidencia demuestra que los mejores resultados de los tratamientos clínicos se han conseguido cuando los pacientes entienden los propósitos y riesgos de los mismos<sup>16</sup>.

La práctica médica tiene una carga histórica concreta, ya que ha estado condicionada a los cambios sociales evolutivos y a la estructura económica que la respaldaba, o sea, la calidad y situación de la práctica clínica se ve directamente influenciada por el estado de salud poblacional, y ésta, a su vez, por el proceso socioeconómico<sup>14</sup>. En América Latina, y en particular el Perú, se identifica una práctica asistencial de salud más ligada a los hospitales públicos y a la seguridad social que a la práctica privada<sup>14</sup>, y esto porque son países en vías de desarrollo, con grandes desigualdades socioeconómicas y altos índices de pobreza, delincuencia y marginalidad. Son países conducidos por políticas frágiles creadas momentáneamente, según el gobierno y sus objetivos, con evidentes injusticias distributivas; y es esta inestabilidad administrativa la que hace que los sistemas de salud sean insuficientes, ineficientes y deficitarios. Y esto, ¿qué ocasiona? Un gran desbalance entre la demanda y la oferta, entre lo que se le puede ofrecer a la población y la atención en salud que ésta necesita.

Es común ver los hospitales colmados de personas que luchan por conseguir atención médica inmediata. Los que buscan una cita con su médico la consiguen recién en un mes (por lo menos). Las salas de emergencias están congestionadas, y la falta de médicos, profesionales de salud y suplementos se hacen notar tras largas horas de espera en triaje. Es en esta realidad inexorable que nosotros, médicos, debemos iniciar la relación médico-paciente, la cual marcará todo el proceso diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento posterior de nuestro paciente. El mejor resultado dependerá de la empatía, la confianza y el respeto que existan entre las dos partes, y el interés de involucrar cada vez más al paciente en la toma de decisiones.

### **Consentimiento informado, ¿qué significa?**

El consentimiento informado es mucho más que un permiso concedido por el paciente para realizarle un determinado procedimiento; es más que un acto formal de carácter documental. Es un proceso progresivo, gradual, de información y confianza, donde el médico da la potestad al paciente de decidir, tras recibir toda la información necesaria el rumbo que tomarán las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. Es el pilar fundamental de la relación médico-paciente moderna, aquella donde prima la autonomía del paciente, su libertad y el respeto por sus derechos. Su concepto es de importancia

clave en la ética médica contemporánea, y su obtención se ha convertido en la base fundamental de la relación médico-paciente y de la investigación clínica biomédica que envuelve seres humanos<sup>18</sup>.

El consentimiento informado es un proceso donde el médico otorga, en un diálogo, información y explicación (porque no son lo mismo) en lenguaje simple, comprensible, acerca del procedimiento que se quiere realizar. Esta información debe dar a conocer sus matices, los beneficios esperados, los riesgos y secuelas eminentes del procedimiento, y deben presentarse otras alternativas válidas y coherentes.

Su ejecución tiene, además de bases éticas, representadas por el respeto a la libertad y autonomía del paciente, bases jurídicas, con representación en el derecho legislado, para cuyo fin el consentimiento informado es un acto jurídico personalísimo del paciente para admitir o rehusar uno o varios actos biomédicos concretos en su persona en el contexto de atención médica<sup>19</sup>. Sin embargo, más que un formulismo o requisito legal, el consentimiento informado es un derecho del paciente y una responsabilidad del profesional médico.

Para que un paciente pueda dar un consentimiento auténtico, tras haber recibido toda la información adecuada, debe ser una persona competente (que ejerza su autonomía), que actúe voluntariamente (libre de coerciones e influencias), y que haya comprendido adecuadamente y en su totalidad la información recibida.

El médico debe tener algunas habilidades, necesarias para la mejor comunicación entre él y el paciente, que son de importancia en la edificación de la relación médico paciente y en proceso del consentimiento. Debe saber utilizar un lenguaje simple, libre de palabras médicas difíciles de entender; debe poseer capacidad para comunicarse, informar y hacerse entender (en nuestra opinión, hasta debe tener rasgos vocacionales de docente); debe tener paciencia y tiempo para construir una adecuada comunicación y confidencialidad; y finalmente, debe tener un interés real de ganarse al paciente, de hacerlo participe en la toma de decisiones y de crear, junto con él, una relación de confianza, respeto y confidencialidad. Sin estas habilidades es difícil edificar una adecuada relación médico paciente, y por ende, un adecuado proceso de comunicación e información necesarias para la práctica del consentimiento informado.

Es importante dejar por escrito el proceso en un formato especial, el cual comprenda toda la información y explicaciones dadas al paciente (incluidos posibles beneficios, potenciales riesgos y secuelas, alternativas probables), para avalar su ejecución, demostrando que el paciente fue adecuadamente informado, que entendió, comprendió y se hace cómplice de la decisión y atestigua con su firma la realización del proceso. Una copia del formato firmado debe ser entregada al paciente. Con ello, aparte de impedir problemas legales posteriores, nosotros, como profesionales, habremos cumplido con nuestro deber jurídico y con nuestro deber moral.

El proceso del consentimiento informado es, entonces, importante, porque defiende el derecho de los pacientes a decidir, respeta su autonomía y legitima la relación médico-paciente.

### **Realidad vs Ilusión**

Pero, ¿ese es el consentimiento informado que conocemos efectivamente en la práctica médica? ¿Hay un interés real de los médicos en explicar y compartir sus conocimientos, en un matiz simple, con sus pacientes?

Los médicos aún no están totalmente convencidos sobre la necesidad, o la pertinencia, de permitir que los pacientes participen en el proceso de tomar decisiones. Durante toda la formación médica se nos ha inculcado la importancia de nuestro conocimiento científico dentro del rol de cuidador y sanador de pacientes, pero nunca se nos ha enseñado acerca de la importancia de ver a nuestros pacientes satisfechos con las decisiones tomadas por haber sido considerados en las mismas. Y si nos ponemos a reflexionar detenidamente, nuestras decisiones en la práctica médica afectarán directamente a los pacientes, a su salud y a su vida. De acuerdo a ello, aún hoy se observa, pese a la gran acogida de la bioética moderna, una relación médico-paciente construida con bases paternalistas, o por lo menos con pinceladas paternalistas, donde la comunicación es limitada y el diálogo restringido.

El consentimiento informado no es conocido ni concebido como un proceso, y tampoco es aplicado en todos los ámbitos donde se requieran decisiones en la práctica médica. Los médicos jóvenes no conocen el real significado del consentimiento informado, nosotros hemos experimentado personalmente en mis pocos años de práctica. Es tan grande la subestimación de este acto, que resulta ser un simple documento legal obligatorio que debe ser firmado por el paciente, y para ello usualmente los encargados de obtener la firma en el formato de consentimiento son los internos de medicina. Así, lo que importa es la firma, no los medios por los cuáles se obtenga.

Un interno es un proyecto imperfecto de médico, aún inseguro sobre su rol y, por ende, desconocedor de la gran responsabilidad delegada. Muchos de ellos explican los procedimientos previo a la obtención de la firma por propio interés (les hace informar “algo” a los pacientes); otros tantos, piden la firma directamente, autorizando el procedimiento sin mayores explicaciones. Lo que sí es cierto es que estos jóvenes no fueron informados ni en la universidad ni en sus rotaciones hospitalarias, y menos aún capacitados sobre como llevar el proceso, y eso es preocupante.

El consentimiento informado no sólo debe ser realizado ante procedimientos invasivos y quirúrgicos; debería ser implementado en cada tramo del largo camino diagnóstico y terapéutico. Esto no quiere decir que deban firmarse cientos de formatos del consentimiento por cada acto (cada examen de laboratorio, cada examen físico, etc.) que se deba realizar para diagnosticar y/o tratar una persona; lo que queremos plasmar es la importancia de nuestro deber moral de informar

y ser avalados por el deseo y la decisión del paciente en cada paso requerido de la atención. Un paciente bien informado, que se ve involucrado en un lazo de respeto, confidencialidad y complicidad con su médico, es una persona que confía en cada decisión tomada, aunque ésta falle, porque se sintió y se siente parte del proceso decisivo.

Otro problema, que se agrega a todo lo mencionado anteriormente, es el sistema de salud, con estructura similar en todos los países de Latinoamérica. En realidad es todo un sistema que conspira contra la relación médico-paciente ideal, y consecuentemente, contra el proceso de consentimiento informado. Como lo mencionamos anteriormente, la masificación de la atención médica convierte al acto médico en un servicio alterado por la gran demanda. Es increíble la cantidad de pacientes que son designados a un médico al día, restringiendo de esta manera el tiempo de atención por persona, y con ello, debilitando la relación que pueda construirse con el paciente por existir influencia del estrés, insatisfacción y desilusión por parte del médico con respecto a su carrera profesional. La práctica médica se ha convertido en un mercado donde la atención médica no es más que un platillo en un servicio de comida al paso. Triste, pero real.

### **Conclusiones**

Tras exponer y analizar todos los factores influyentes del ejercicio e institución del consentimiento informado en la práctica médica, podemos concluir que aún hay un largo camino a ser cimentado para llegar a definir nuestra práctica como éticamente completa y correcta.

Desgraciadamente, muchos factores juegan contra el reconocimiento del consentimiento informado como proceso importante y fundamental en la práctica médica. Nos atreveríamos a clasificarlos según su relación con la esencia del médico, y agruparlos en factores intrínsecos y extrínsecos.

Intrínsecamente, los médicos aún no asimilamos que la relación que debemos alimentar con nuestro paciente sea horizontal, igualitaria, sustentada en la mutua consideración, respeto a los derechos del paciente y a su estado de persona. Aún somos reacios al cambio. No somos plenamente conscientes de los beneficios que obtendremos con la mejora de la calidad de atención (una atención más humana) y una adecuada ejecución del proceso del consentimiento informado. Ya no necesitaríamos defendernos de los procesos judiciales porque no habría nada oscuro, todo sería transparente. Y esto viene arraigado en nuestra formación y en nuestra idealización de la medicina.

Extrínsecamente, el sistema educacional universitario aún no está debidamente provisto para la adecuada enseñanza de la ética médica. Si bien muchas universidades imparten cursos de deontología médica, éste sólo refiere a una vertiente de comportamiento ético muy apegado al antiguo paternalismo. Deberían inculcar la importancia del respeto a las personas, a la autonomía individual, a la justicia y construir, peldaño tras peldaño, el camino de la realización

de un adecuado y verdadero consentimiento informado. En conclusión, la educación universitaria debería enriquecernos no sólo de conocimientos científicos, sino de conocimientos humanitarios, buscando entrenar a los futuros médicos en las habilidades necesarias para entablar una buena comunicación con los pacientes y crear una relación empática basada en el diálogo.

En lo que refiere a la realidad de los sistemas de salud, muchas soluciones no podemos recomendar. Desgraciadamente, estos sistemas van a seguir fallando mientras exista la desigualdad distributiva y los conflictos de interés político. La masificación de la demanda de atención médica es algo inevitable y que se irá deteriorando a cada año. Cabe a cada uno, como personas humanas morales y éticas, defender los intereses de nuestros pacientes, su dignidad y sus derechos; para ello no debemos permitir que nuestros problemas influyan en la relación con nuestros pacientes. Debemos utilizar el corto periodo de tiempo que tenemos con cada uno para enriquecer, de manera gradual, un lazo de confianza y comunicación, un vínculo empático que será el pilar de la atención digna de cada persona que sea atendida por nosotros, sin verlo ni atenderlo como una enfermedad o como un desconocido, sino viendo en él el vivo retrato de la persona que es.

Para finalizar, queremos hacer un llamado a la conciencia médica. No permitamos que en nuestra práctica el móvil que nos lleve a ejecutar el consentimiento informado sea el temor a estar expuestos a juicios por responsabilidad médica. Eso sería basar, una vez más, nuestro servicio alrededor de nuestro beneficio o interés personal (cuidamos nuestra reputación). El proceso de consentimiento informado debe ser genuinamente implementado por deber, en defensa de la justicia (el paciente tiene derecho a saber una verdad que le pertenece) y de la autonomía de cada paciente, que son la razón de nuestro servicio. No permitamos que nosotros seamos supremos al paciente. Eso es ir contra la vocación de servicio que es, en verdad, la medicina.

## AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Florencia Luna, Directora del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Argentina por sus sugerencias y revisión del artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Internacional Conference of Harmonization. Guideline for Good Clinical Practice E6(R1). Current step 4 version with corrections. 1996 June 10."
2. Organización Panamericana de la Salud. Buenas Prácticas Clínicas: Documento de las Américas. IV Conferencia Panamericana para la armonización de la reglamentación farmacéutica; 2005 Marzo 2-4. Republica Dominicana
3. Dalla-Vorgia P, Lascaratos J. Is consent in medicine a concept only of modern times. *J Med Ethics* 2001; 27(1):59-61

4. Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. *Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cir Esp* 2002;71(6):319-324
5. Rojas Zorro E. Fundamentos Bioéticos del consentimiento informado. *Especial Médico-Legal. Congreso de Derecho Médico. Abril-Junio 2003* [cited
6. Maglio F. Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales. *Rev Arg de Cardiología* 2001;69(4):444-447
7. Tamayo C, Sánchez J, Rivera A, Hernández L. La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. *Rev Med IMSS* 2003;41(5):407-413
8. Fernández Varela H, Sotelo Monroy G. El consentimiento mediante información. *Rev Fac Med UNAM* 2000;43(1):6-11
9. Luna F, Salles AF (eds). *Decisiones de vida y muerte. Bs.As: Ed. Sudamericana; 1995*
10. Nuremberg Code. Directives for Human experimentation. In: *Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, Vol. 2, pp. 181-182. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949*
11. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and guidelines for the protection of Human subjects of research. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. Reprinted in Federal Register* 44 (April 18, 1979): 23192.
12. Clotet J. O Consentimento informado nos comités de ética em pesquisa e na prática médica: Conceituação, origens e atualidade. *Portal médico Brasileiro. [cited 2006 Jul 21]* Available from: URL: [http:// www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)
13. Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El Consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1993;100:659-663
14. Fernández Sacasa J. Los componentes de la práctica clínica. *Ateneo* 200;1(1):5-9
15. Duque J. El consentimiento informado ¿Cuestión de formalismo legal o cuestión de humanidad? *Rev Colom para los profesionales de salud. Médico-legal on-line. Soc Colomb Anestesiología y Reanimación. 1999;5(3).*
16. Brody H. Transparency: Informed consent in primary care. *The Hastings Center Report; Sep 1989;19(5):5, Academic Research Library*
17. Zussman R. Sociological perspectives on medical ethics and decision-making. *Annu. Ref. Sociol* 1997; 23:171-89
18. Lara M, Ramón de la Fuente J. Sobre el consentimiento Informado. *Bol of Sanit Panam* 1990;108(5-6):439-444
19. Fernández Lara D, Soberanez E, Díaz E. Consentimiento informado en medicina. *Acta méd* 2005;3(1):59-61
20. Mendoza-Romo M, Nava-Zárate M, Escalante-Pulido J. Aspectos éticos y legales del Consentimiento informado en la práctica e investigación médica. *Gac Méd Méx* 2003;139(2):184-187.
21. Doyal L. Informed consent: moral necessity of illusion?. *Quality in Health Care* 2001; 10(Suppl I):i29-i33

22. Robertson G. Informed consent 20 years later. *Health Law J*; 2003, Special Edition:153-159
23. Sugarman J. Informed consent, shared decision-making, and complementary and Alternative Medicine. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*; 2003; 31(2):247-25024.
24. Barrow C. Consent in practice. *Paediatric Nursing*; Oct 1999; 11(8):39-40
25. Anonymous. How important is informed consent in radiography procedures?. *Clinical Governance*; 2005;10(2):4
26. Lamport M, Rodríguez J. Informed Consent: do you know it when you see it?. *Psychiatric Annals*, 2006;36(6):430-435
27. Bórquez G, Rainieri G, Bravo M. La evaluación de la "capacidad de la persona": en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Rev. Med Chile* 2004;132:1243-1248
28. Llorens Figueroa J. El Juicio Ético, un componente obligado en la atención médica. *Ateneo* 2000; 1(1):43-9
29. Bascuñán L. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile* 2005; 133:11-16
30. Mavroforou A, Giannoukas A, Katsamouris A, Michalodimitrakis E. The importance of communication between physicians and patients. *Int Angiol* 2002;21(1):99-102
31. Smith R. Informed Consent: edging forwards (and backwards). *Br Med J*; Mar 28, 1998; 316: 949-951
32. Aguirre-Gas H. La ética y la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj* 2002; 70:50-54
33. Hernández Quintana M, Orta Castillo A, Martínez Ramos A, Rodríguez Vargas O. El consentimiento Informado en Anestesiología. Aspectos bioéticos. *Rev Cub Anest y Reanimación* 2004;3(1):22-33
34. Zárate Cárdenas E. Los Derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. *SITUA- Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana UNSAAC* XXIII:4-11
35. Zink S, Wertlieb S, Kimberly L. Informed Consent. *Progress in Transplantation*; Dec 2005; 15(4): 371-377
36. Islas-Saucillo M, Muñoz Cuevas H. El Consentimiento Informado. Aspectos Bioéticos. *Revista Médica del Hospital General de México*, 2000;63(4):267-273
37. Doyal L. Good Clinical Practice and Informed Consent are inseparable. *Heart* 2002;87:103-106.
38. Bolívar Goez P. El Consentimiento informado en la práctica de los profesionales de salud. *Revi Colomb para los profesionales de salud. Médico-legal on-line. Soc Colomb de Anestesiología y Reanimación*. 1999;5(3).
39. Gallego Riestra S, Hinojal Fonseca R, Rodríguez Getino J. Los derechos de los pacientes: problemática práctica. *Med Clin (Barc)* 1993, 100:538-541
40. Adnan Ataç C. A study of the opinions and behaviors of physicians with regard to informed consent and refusing treatment. *Military Medicine* 2005, 170; 7:566-571
41. Gonzáles Quintana C, Fernández Toral J. Veracidad e información al paciente. *Med Clin (Barc)* 1998;110:665-667
42. Browling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality of Health Care* 2001;10:i2-i7
43. Felipe Ceballos A. La Negligencia médica y el Consentimiento Informado. *Rev Colomb para los profesionales de salud. Médico-legal on-line. Soc Colomb Anestesiología y Reanimación*. 1999;5(3).
44. Downes T, Channer KS. Ethical problems in clinical practice. *Postgrad Med J* 2003;79:151-153
45. O Hansson M. Balancing the quality of Consent. *J Med Ethics*; Jun 1998;24:182-7
46. Eike-Henner W. Kluge. Informed Consent in a different key: physician's practice profiles and the patient's right to know. *Canadian Medical Association. Journal*; May 1999;160(9):1321-2
47. Fabbro L. Limitações Jurídicas à Autonomia do paciente. *Portal médico Brasileiro (www.portalmedico.org.br)*
48. Anonymous. Issues in Informed Consent. *Incidet Ambulatory Care*; Oct 1999,6(7):1-5
49. Fuller R, Dudley N, Blacktop J. How informed is consent? Understanding of pictorial and verbal probability information by medical inpatients. *Postgrad Med J* 2002;78:543-544
50. Villanueva Egan L. Algunas reflexiones sobre el consentimiento informado. *Rev Hosp. Gral Dr. M Gea González* 2000;3(4):139-140
51. Méndez Mora J, Lupión Cruz E, Odega Calvo M. La colaboración del paciente. *Med Clin (Barc)* 1993;100:582-584
52. Vallvé C. La buena práctica clínica y la caja de Pandora (II). El consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1997;108:19-22
53. Horwitz Campos N. El sentido social del profesionalismo médico. *Rev Méd Chile* 2006;134:520-524
54. Broggi M.A. La información clínica y el consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1995;104:218-220
55. Worthington R. Clinical issues on consent: some philosophical concerns. *J Med. Ethics* 2002;28:377-380.
56. Ministerio de Salud. Ley General de Salud del Perú N°26842 – 1997.

## **CORRESPONDENCIA**

Diana Elizabeth Revilla Lazarte

dianarevilla\_doc@yahoo.com