

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Consentimiento Informado en Residentes de Medicina Familiar *Knowledge about Informed Consent in Family Medicine Residents.*

Andrés Alberto Szwako Pawlowicz¹

RESUMEN

Introducción: El consentimiento informado o ilustrado, más que un encuentro puntual para informar al paciente sobre su condición, diagnóstico y tratamiento, con su consiguiente firma de aprobación; se refiere a un proceso educativo interpersonal, dinámico y evolutivo en lo que respecta la individualidad del paciente. Es el instrumento mediante el cual el paciente ejerce su derecho a la autodeterminación en la cual el médico se encuentra en el deber de dar la información que aquel lo necesite. **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en residentes de Medicina Familiar. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, basado en cuestionario auto-administrado llevado a cabo en tres instituciones formadoras en la especialización en Medicina Familiar. **Resultados:** El número de encuestados fue de 47, el 72,3% de sexo femenino, en su mayoría egresados de universidades del país, entre los años 2006-2012, con un rango de edad de 24 a 40; siendo 27 (57,4%) de primer año, 10 (21,3%) de segundo y 10 (21,3%) de tercero. El 44,6% obtuvo un nivel alto de conocimiento, 51,1% medio y el 4,3% bajo. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado fue medio/alto, independiente a la universidad egreso y el año de residencia en curso.

Palabras clave: Consentimiento informado - Residencia –Medicina Familiar

ABSTRACT

Introduction: *Informed, or illustrated, consent, refers to an interpersonal, dynamic and evolutionary learning process regarding the patient's individuality, rather than a point-in-time meeting to inform the patient about their condition, diagnosis and treatment, with the consequent approval signature. It is the instrument through which the patient exercises his or her right to self-determination and during which the doctor is duty-bound to provide the information needed for the exercise of said right.*

Objectives: *To determine the level of knowledge of Family Medicine Residents regarding informed consent.* **Methods:** *This was an observational, descriptive, quantitative, cross-sectional study using a self-administered questionnaire, conducted in three training institutions that provided Family Medicine specialty training.* **Results:** *The number of respondents was 47, 72.3% of them female, most were graduates from Paraguayan medical schools between the years 2006-2012, with an age range of 24-40; (57.4%) in their first year of training, 10 (21.3%) in their second year and 10 (21.3%) in their third. 44.6% displayed a high level of knowledge, 51.1% an average knowledge level and 4.3% a low knowledge level.* **Conclusion:** *The knowledge level regarding informed consent was average to high, independent of residency training level or from which medical school the respondents obtained their medical degree.*

Keywords: *Informed consent - Family Medicine -Residency*

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado o ilustrado, más que un encuentro puntual para informar al paciente sobre su condición, diagnóstico y tratamiento, con su consiguiente firma de aprobación; se refiere a un proceso educativo interpersonal, dinámico y evolutivo en lo que respecta la individualidad del

paciente¹.

El permanente aumento del poder de la medicina moderna junto al complejo contexto sociológico en el cual se practica, lleva consigo nuevas interrogantes éticas acerca de lo que es justo, bueno y correcto con respecto al comportamiento de los médicos, los pacientes y la sociedad. Los inmensos avances de la tecnología médica, los altos costos de la atención sanitaria, la escasez de recursos, el incremento de las expectativas, las demandas públicas y el manejo de valores, requieren una profunda consideración acerca del futuro del sistema de salud².

La palabra bioética, utilizado por primera vez en Estados Unidos por el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970³, surgió a partir del interés creciente por la reflexión y el debate acerca de los valores morales vinculados al ejercicio profesional de las ciencias de la salud, como consecuencia del desarrollo científico-técnico creciente que caracterizó al siglo XX. El mismo, se basó en el estudio ético de los problemas relativos a la vida y al ecosistema propio de la época postmoderna; sumado a la revolución tecnológica mal aplicada, el ultra desarrollo, la desigualdad y la globalización⁴. Su objetivo de estudio trasciende al de la ética médica tradicional, vinculado a un concepto más actual de salud, con un enfoque socio-psico-biológico, en un campo de acción dirigido a influir sobre la conciencia moral de forma orientadora, educadora y normativa. Su surgimiento debe ser comprendido como un proceso de diferenciación del pensamiento y el quehacer ético en medicina; una expresión dialéctica del desarrollo de la ética⁵ a fin de salvaguardar el derecho, seguridad y bienestar de todos los sujetos de un ensayo clínico; la cual conlleva a una revisión de los modelos del consentimiento informado, así como de la política establecida para su solicitud y documentación⁶.

Es sabido que el Juramento Hipocrático se inspira en el principio de Beneficencia, entendido como el deber del médico de ponerse en el lugar del paciente para actuar y elegir los cuidados que considera más favorables y desearía para sí mismo, lo cual significa, evitar todo lo que perjudique o dañe, en busca del máximo beneficio posible para el enfermo.

Del mismo modo, la particular relación médico paciente de inicios de la medicina occidental tie-

ne su sustrato racional, tal como lo relata Sánchez García⁷ en su libro sobre la medicina griega en su época de oro: *“El médico deja los astros para posarse en el enfermo y la enfermedad se ubica en el cuerpo del hombre. Si antes el corazón y el hígado de los animales sacrificados para los presagio serán fundamentales herramientas del diagnóstico y el pronóstico, el hipocratismo hace que el médico se interese por esos órganos en el hombre. Por primera vez el órgano y el enfermo van de la mano en el drama de la enfermedad; el enfermo se entrega al médico que concibe la enfermedad como algo concreto en el hombre y no en el cosmos”*.

Por otra parte, el Informe Belmont 1973, directriz de la bioética y la deontología, alberga al consentimiento informado como el procedimiento para cumplir los principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia en la asistencia médica⁸; mientras que la concepción ontológica sobre la dignidad humana, intenta garantizar el respeto incondicionado, sin discriminación alguna de todo ser humano, es decir, la igualdad y la universalidad de los derechos humanos⁹.

Si bien, el consentimiento informado es el instrumento mediante el cual el paciente ejerce su derecho a la autodeterminación en la cual el médico se encuentra en el deber de dar la información que aquel lo necesite¹⁰; otro concepto lo refiere como un término nuevo que traduce el derecho del paciente dentro de la neoética médica, siendo su principal objetivo el de proteger la autonomía del paciente. Por consiguiente, se origina y aplica en todo acto médico asistencial, ineludible en la relación médico-paciente dentro de todas sus definiciones, normas jurídicas y deontológicas¹¹.

Siguiendo la misma línea, dicho documento es necesario en la relación clínica habitual en la que se transmite la información de forma verbal y continuada, por ende, el paciente lo acepta tácitamente o de forma expresa. Así mismo, es fundamental ante la realización de actos médicos específicos (intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasores, conductas que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, entre otras) en la cual el paciente debe conocer y autorizar el uso de sus datos para la docencia y la investigación. Teniendo en cuenta, que en el caso de los ensayos clínicos, el consentimiento debe es-

tar reglamentado.

En relación a lo expuesto anteriormente, es preciso considerar que para que un consentimiento informado sea válido, requiere la capacidad del paciente de comprender las explicaciones que el médico le otorgue sobre su actuación, para elegir con madurez y libertad lo que considere más favorable para sí mismo. Haciendo énfasis en la capacidad de comprensión, juicio y razonamiento de la persona, junto a la capacidad de libre elección que se manifiesta en todos los ámbitos de la vida, las cuales constituyen los pilares de la Autonomía en la relación médico-paciente; y como principio debe recibir la información, elegir y tomar la decisión sobre sí mismo. Sin embargo, en la práctica nos encontramos con las siguientes situaciones:

1. El paciente mayor de edad y capaz. Aunque los familiares reciban información, opinen y ayuden al paciente a tomar decisiones, será el paciente el que firme el documento.
2. Las personas que padecen trastornos mentales. En ocasiones necesitan de familiares, cuidadores, representantes de la administración u otros, que les acompañen y/o apoyen en la relación asistencial.
3. Los menores de edad (<18 años). En la mayoría de los países trae consigo el reconocimiento legal de la Capacidad Civil como derecho a regir la persona y administrar los bienes, reconociendo la Autonomía para la toma de todas las decisiones sobre uno mismo y sus pertenencias⁷.

En una investigación, García-Guerrero J, Vera-Remartinez E¹² expone que inclusive los presos españoles tienen la potestad de decidir participar libremente en proyectos de investigación, firmando previamente su conformidad. La información determina la capacidad del paciente para ejercitar su derecho a disponer sobre su propio cuerpo, para la consiguiente aceptación y aprobación firmada, concepto relativamente moderno en la cual el paciente recibe la información requerida para la toma de decisiones¹³.

A fines de una mayor comprensión, el consentimiento informado se aplica en el ámbito médico o en investigación, pudiendo ser implícito o expreso; los cuales se describen a continuación.

– **Médico:** es un proceso gradual en virtud del cual el paciente acepta o no someterse a un procedi-

miento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le haya informado sobre la naturaleza, riesgos, beneficios y sus posibles alternativas. Entendiéndose como un proceso y no como un hecho puntual. Por tanto, no se reduce simplemente a proporcionar una información adecuada o a la firma de un documento, sino al proceso de diálogo entre dos sujetos autónomos y capaces que deben tomar la mejor decisión sobre un procedimiento que afecta a la vida, la salud y el cuerpo del pacient¹⁴.

– **En investigación:** es fundamental para el desarrollo de la medicina, más aún en los ensayos clínicos. Este proceso exige por encima de todo, el respeto de los derechos fundamentales de los pacientes, para que la autonomía y la libertad de los participantes esté garantizado para su correcto desarrollo, la cual debe ser dado sin coacción, con una comprensión clara de lo que implica; y cuyas bases tienen antecedentes importantes como: El Código de Núremberg 1947, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial 1964, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1976, el informe Belmont 1978, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos 1993¹⁴.

– **Implícito:** Es cuando un paciente no da su aprobación por escrito o en forma oral, pero comprendió las circunstancias que rodeaban el procedimiento o tratamiento en cuestión. Como ejemplo se cita, cuando un paciente se ofrece para un procedimiento relativamente simple y no invasivo.

– **Expreso:** Se da por escrito o en forma oral. Si es escrito, éste debe incluir el nombre del profesional de atención de salud que analizó y propuso el tratamiento con el paciente, el nombre del proveedor de atención de salud que va a llevar a cabo el procedimiento; incluyendo la fecha, hora y lugar donde se firmó el documento¹¹.

En efecto, el consentimiento informado actúa sobre tres aspectos de la práctica médica: autonomía del paciente, calidad de información cruzada en la relación médico-paciente y defensa del buen proceder médico. Resaltando a continuación los factores condicionantes para el cabal cumplimiento:

– **Competencia:** capacidad del paciente de comprender la información relevante.

– **Información:** debe ser previa a los procedimientos y/o tratamientos que se deben efectuar al paciente.

– **Voluntariedad:** los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción¹¹.

Expreso por otra parte, Martínez J. expone la importancia de defender la autonomía del paciente al tiempo de alerta sobre el peligro de hipertrofiar la misma, olvidando el importante rol del médico y contribuyendo a difundir la medicina defensiva¹⁵. A esto se agrega que un documento de consentimiento no puede ni debe sustituir la comunicación con el paciente¹⁶.

Dentro de este marco, la educación médica superior juega un rol importante en la formación de valores en los principios de la ética médica para arraigar las convicciones de los científicos de esta rama de la ciencia. La ética sirve de puente entre la política y los valores, mediante la cual se examina la validez moral de las alternativas posibles en busca soluciones a la incompatibilidad entre los valores que inevitablemente se producen en el proceso, lo cual permite ajustar las decisiones humanas y los principios normativos¹⁷.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, basado en cuestionario autoadministrado.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción y en el Sanatorio Adventista de Asunción en una población de Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar. La muestra estuvo conformada por 29 residentes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 10 residentes del Sanatorio Adventista de Asunción, y 8 residentes del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, quienes aceptaron realizar la encuesta.

Se utilizó un diseño intersujeto, por medio de la realización individual de un cuestionario de 10 preguntas cerradas, basados en un estudio similar, con 3 a 4 opciones como respuesta para cada una. Se realizó una prueba piloto con 3 residentes de una institución que no se incluyó en el estudio. Los datos fueron recolectados en forma manual, posteriormente analizados y tabulados con el programa

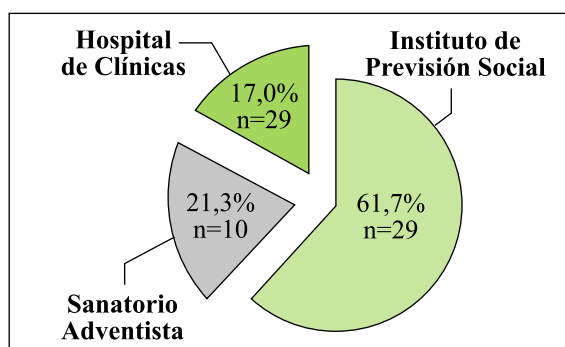
Excel.

El presente trabajo no representa ningún daño a la salud o el prestigio de los encuestados. Se respetó la autonomía, confidencialidad y anonimato, descartando posibilidad alguna de dañar la integridad de las personas o instituciones, al tratarse de un análisis sin intervención alguna en tratamiento.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un total de 47 encuestas a médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar en tres instituciones médicas formadoras (**Gráfico 1**), en su mayoría de sexo femenino 34 (72,3%) con un rango de edad de 24 a 40 años (**Tabla 1**).

Gráfico 1. Encuestados según lugar de residencia



Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

Tabla I. Encuestados según edad

Edad	No.	%
24	1	2,1
25	6	12,8
26	6	12,8
27	10	21,3
28	5	10,6
29	3	6,4
30	1	2,1
31	5	10,6
32	4	8,5
33	2	4,3
34-40	4	8,5
Total	47	100,0

Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

En cuanto el año de egreso de la Universidad, se observó una distribución de encuestados que terminaron la carrera de grado entre el 2006 y el 2012 (**Tabla 2**), en su mayoría de la Universidad Católi-

ca, seguidos de la Universidad Nacional y la Universidad del Pacífico (**Tabla 3**); de los cuales, el 57,4% se encontró cursando el 1er año de la especialidad (**Gráfico 2**).

Tabla 2. Encuestados según año de egreso de la Universidad

Año de egreso	No.	%
2006	1	2,1
2007	2	4,3
2008	0	0
2009	9	19,1
2010	9	19,1
2011	14	29,8
2012	12	25,5
Total	47	100,0

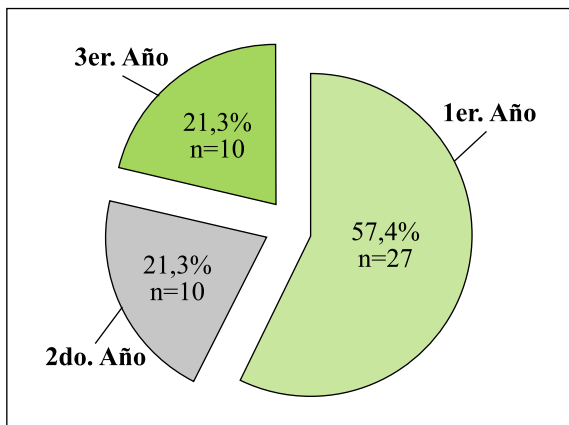
Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

Tabla 3. Encuestados según Universidad de egreso

Institución	No.	%
Universidad Católica	17	36,2
Universidad Nacional	9	19,1
Universidad Pacífico	7	14,9
Universidad del Norte	4	8,5
Universidad Privada del Este	3	6,4
Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba	3	6,4
Otros	4	8,5
Total	47	100,0

Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

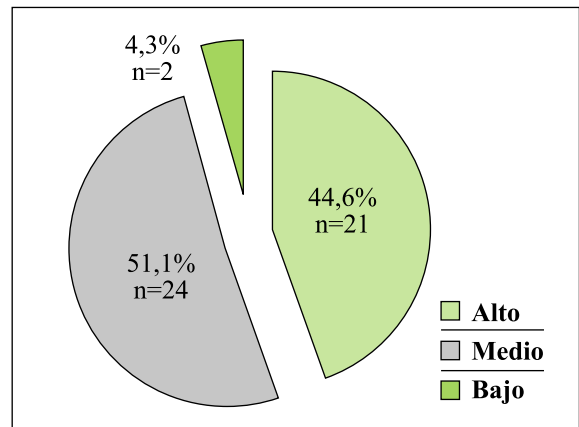
Gráfico 2. Encuestados según año de residencia



Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

Con respecto al conocimiento sobre el consentimiento informado, el 95,7% de los encuestados, se encontró en un nivel medio/alto (**Gráfico 3**). Al relacionar el nivel de conocimiento y el año de residencia de los encuestados, se observó que independiente al año de especialidad, el 95,7% de los encuestados obtuvo un nivel medio/alto (57,4% / 38,3%) de conocimiento (**Tabla 4**).

Gráfico 3. Encuestados según nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado



Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

Tabla 4. Encuestados según nivel de conocimiento y año de residencia

Nivel	1°		2°		3°	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	2	7,4	0	0,0	0	0,0
Medio	18	66,7	4	40,0	5	50,0
Alto	7	25,9	6	60,0	5	50,0
Total	27	100,0	10	100,0	10	100,0

Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

En la **Tabla 5** se expone los ítems del cuestionario en los cuales las respuestas de los encuestados tuvo mayor discrepancia; cuyos temas se basaron en el objetivo del consentimiento informado, el principio de la bioética que fundamenta su aplicación y la información u explicación que debe recibir el paciente.

Tabla 5. Ítems del cuestionario con mayor discrepancia de respuestas

La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta:	
a. Proteger legalmente a los profesionales de la salud	53%
b. Promover la inequidad en la atención de salud	7%
c. Dar prioridad de la atención de salud a los más necesitados	0 %
d. Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas	40%
La aplicación del consentimiento informado se fundamenta en el siguiente principio de la bioética médica:	
a. No maleficencia	2%
b. Beneficencia	25%
c. Autonomía	61%
d. Justicia	12%
¿Se debería dar más explicaciones que las aportadas en el formulario de consentimiento informado	
a. No, a pesar que el paciente lo solicite.	5%
b. Sí, a pesar que el paciente no lo solicite	55%
c. Sí, sólo si el paciente lo solicita.	40%
d. No, el formulario aporta todas las explicaciones.	0%

Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013.

Del mismo modo, en la **Tabla 6**, se observan los ítems de la encuesta con mayor concordancia que hacen referencia a las situaciones en la cual el consentimiento informado debe ser obligatorio, su definición en la práctica médica, la situación psico-somática del paciente y su entorno, para la validez; así como los criterios que le otorgan la autonomía al paciente, para realizar la gestión.

DISCUSIÓN

El presente trabajo expone un análisis comparativo con dos trabajos de investigación similares, llevados a cabo en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos⁹ y el Hospital Dos de Mayo¹⁴, ambos de Perú; quienes encuestaron a los postulantes a las residencias médicas, realizando el levantamiento de datos en el momento de la evaluación.

En el estudio participaron un total de 47 residentes de medicina familiar, en su mayoría del sexo femenino¹⁴, del primero al tercer año; pertenecientes al Instituto de Previsión Social, Sanatorio Adventista de Asunción y el Hospital de Clínicas; este último en menor número debido a que la unidad formadora suma un total de 9 residentes en la especialidad. Con relación a la distribución por edad, se observó

un rango etario entre 24 y 40 años, datos que se asemeja a lo expuesto por Novoa R¹⁴; incluso en el trabajo realizado por Zavala et al⁹, el rango se extendió hasta los 58 años. Mientras que la mayoría se concentró entre los 26 y 29 años, se constató que los médicos se postulan para la realización de una especialización hasta edades muy superiores. Con respecto a la Universidad de origen, se observó una minoría de egresados en instituciones extranjeras, que se correlaciona con los estudios en Perú^{9, 14}.

En cuanto al año de egreso, la mayoría de los encuestados acabaron sus estudios de grado en el 2011-2012, años previos al correspondiente examen nacional para realizar una especialidad, que se correlaciona con lo expuesto por Zavala⁹; no obstante, el rango general fue de 7 años (2006-2012), en comparación a lo expuesto por Novoa R¹⁴, cuyo rango de egreso fue bastante mayor (1982-2008).

Al analizar el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado, se constató que la gran mayoría se encuentra en un rango medio/alto, lo cual coincide con los trabajos de referencia^{9, 14}. A pesar de que el nivel bajo fue de minoritario, existe una deficiencia de conocimiento sobre el tema, fundamental en la práctica médico-quirúrgica. Si bien,

Tabla 6. Ítems del cuestionario con mayor discrepancia de respuestas

El consentimiento informado es obligatorio en:	
a) Procedimientos quirúrgicos y quimioterapias	2%
b) Investigaciones	2%
c) Trasfusiones y trasplantes	0%
c) Cualquier intervención médica	96%
¿Cómo define “Consentimiento Informado” en la práctica médica?	
a. Firma de un documento necesario en la historia clínica	2%
b. Conformidad del paciente con respecto a la atención médica, quirúrgica u otro procedimiento, en forma libre y consciente, después de que el profesional de salud ha brindado la información adecuada.	83%
d. Firma de documento de conformidad para la realización de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico por indicación médica.	15%
8. Para que el consentimiento informado sea válido es necesario:	
a. La capacidad mental adecuada del paciente de tomar decisiones (competencia).	2%
b. La recepción de información adecuada.	1%
c. El paciente debe actuar libremente, sin coacción, en la elección de la mejor opción sobre su condición de salud.	1%
d. Todos los ítems son verdaderos.	96%
10. El paciente, quien suscribe el consentimiento informado, debería tener las siguientes características:	
a. Edad adecuada (> de 18 años)	2%
b. Capacidad de elección	0%
c. Capacidad de decisión	0%
d. Todas	98%

Fuente: Datos obtenidos por el autor 2013. Datos obtenidos por el autor 2013.

hay disparidad de criterios; la mayoría está consciente de que el consentimiento informado es fundamental para proteger al profesional y mejorar la comunicación, así como brindar más información necesaria al paciente que lo requiera. De igual manera, hubo discrepancia en cuanto al principio de la bioética en la cual está basado el consentimiento informado, sin embargo, un porcentaje elevado de encuestados, tiene conocimiento certero en lo que respecta la autonomía del paciente.

En torno al año de residencia, se constató que los encuestados de 2do y 3er año no presentaron nivel bajo, en contrapartida con solo una minoría del 1er año; lo cual significa, que a medida que progresa la

formación de postgrado, aumenta el conocimiento con respecto al tema. De igual manera, está asentado el concepto de que siempre debe realizarse el consentimiento informado, aunque un pequeño porcentaje lo refiera solamente como la firma del documento de conformidad.

Siguiendo la misma línea, en lo que respecta a las condiciones necesarias para que el consentimiento informado sea válido, un porcentaje elevado se refirió a la capacidad mental y la recepción de la información adecuada, así como la libertad de toma de decisión del paciente. Igualmente, acerca de las características del paciente que lo suscribe, la mayor parte respondió a una edad adecuada mayor a

18 años, capacidad de elección y de decisión; teniendo en cuenta, que se utilizó la opción de “todas las anteriores” en el cuestionario, la cual suele ser el más elegido en cualquier tipo de evaluación.

CONCLUSIÓN

El rango de edad de los residentes fue de 24 a 40, siendo mayor el grupo de 27 años. El sexo predominante fue el femenino; las principales Universidades de origen fueron la Universidad Católica, Nacional y Pacífico entre otras instituciones, en su mayoría del país; y el año de egreso de los residentes estuvo entre el 2006 a 2012.

El nivel de conocimiento de los residentes sobre el consentimiento informado en medicina medio/alto mayoritariamente, independiente al año de residencia en curso. Los ítems con mayor variación de respuestas fueron con respecto al objetivo del consentimiento informado, el principio de la bioética que fundamenta su aplicación y la información y explicación que debe recibir el paciente además de las señaladas en el formulario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Mestral E. *Manual de Bioética. 3a ed.* Asunción: EFACIM; 2011.
2. Centro Internacional de Salud, Derecho y Ética. [Internet]. Israel: Facultad de Derecho, Universidad de Haifa, Cátedra UNESCO de Bioética; s/año. [fecha de acceso 31 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://medlaw.haifa.ac.il/index/main/4/consentimientoinformado.pdf>
3. Potter VR. *Bioethics. Bridge to the future.* Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.; 1971. Swanson, C.P. ed. *Biological Science Series*
4. González U. Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2002 Dic [fecha de acceso 10 de noviembre de 2013]; 28(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200200030004&lng=es
5. Amaro M. *La bioética desde una óptica marxista.* *Educ Med Super* [Internet]. 2008 Sep [fecha de acceso 10 de noviembre de 2013]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412008000300010&lng=es.
6. Montenegro A, Monreal M. *Una obligación olvidada por los comités de ética: revisar el consentimiento informado.* *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2003 [fecha de acceso 31 de octubre de 2013]; Disponible en <http://www.aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/69.pdf>
7. Sánchez García J. *La medicina griega en su época de oro.* Lima: Editorial Línea y punto SAC [Internet]; 2003. [fecha de acceso: 26 de octubre de 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919772007>
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *El consentimiento informado en la práctica médica.* *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2012 [citado 31 de octubre de 2013]; Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/79/745.pdf>
9. Aparisi A. *El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global.* *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2013 [fecha de acceso 31 de octubre de 2013]; Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2013/24/81/201.pdf>
10. Zavala S, Sagi C, Delgado A, Cárdenas M. *Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación.* *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2010. [fecha de acceso: 26 de octubre de 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37919772007>
11. Chepe E. *Acto Médico y el consentimiento informado.* [Internet]. Perú; 2010. [fecha de acceso 01 de noviembre de 2013]. URL disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/91337/ayudas/manuales/acto_medico.pdf
12. García-Guerrero J, Vera-Remartinez E. *Investigación clínica y presos: coerción y motivos para participar.* *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2012 [fecha de acceso 31 de octubre de 2013]; Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/79/605.pdf>
13. Gómez Ramos MJ, González Valverde FM. *Mejora de la calidad en el consentimiento informado.* *Acta bioeth.* [Internet]. 2012; 18(2):247-256. [fecha de acceso 13 de noviembre de 2013] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200013>.
14. Novoa R. *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo.* [Tesis doctoral][Internet]. 2013 [Consultado 31 de octubre de 2013]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/464>
15. Martínez J. *Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Reflexiones con motivo de la aparición de nuevas normas sobre los derechos de los pacientes al final de la vida.* *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2012 [fecha de acceso 31 de octubre de 2013]; Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2012/23/77/151.pdf>
16. Rivas J, Vilches Y, Muñoz D, Altisent R, Gisbert A, Loncan P, et al. *Consentimiento informado en cuidados paliativos.* *Comité de ética de la SECPAL.* *Cuadernos de Bioética* [Internet]. 2006 [fecha de acceso 03 de noviembre de 2013]; Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/95.pdf>
17. Medford M, Ordoñez B, Garzó R, Carrazana D. *Ética en la ciencia y tecnología: Un enfoque desde la educación médica superior.* *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2010; 32(1): [citado 2013 Nov 13]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000100008&lng=es.