

# **El consentimiento informado en Cirugía**

por **Gabriela Blumtritt (\*)**

(\*) Médica. Cirujana. UBA.

## **Resumen**

El consentimiento informado nace como aporte del derecho a la comunidad. Hace poco más de medio siglo que forma parte del acto médico y de cualquier relación médico paciente. Hasta bien entrado el siglo XVIII los médicos gozaban de una impunidad casi completa para ejercer la profesión, los cirujanos, por el contrario, se vieron más expuestos a tener que justificar sus acciones profesionales ante un tribunal, en razón del estatuto artesanal de su destreza. Es con el correr de los años y ante determinados actos de injusticia, privación de la libertad y experimentación en humanos, mundialmente trascendentes, que comienza la primera etapa en el desarrollo del consentimiento informado y de allí en más prosigue tratando de perfeccionarse y abarcar todas las problemáticas emergentes de la autonomía del paciente. El consentimiento informado constituye un elemento integrante de la *lex artis* para llevar a cabo a la comunidad médica. Se ha pasado de una relación vertical, proteccionista y paternalista a la priorización del principio bioético de autonomía que actualmente lo rige. En la Argentina el derecho a la integridad psicofísica está amparado por la constitución nacional y un número de tratados internacionales tales como la declaración de los derechos humanos.

## **Palabras clave**

Consentimiento informado – cirugía – integridad psicofísica

## **Abstract**

Informed consent was born as the right contribution to the community. A little over half a century has passed, until it becomes a part of medical records and any physician-patient relationship.

Until well into the eighteenth century doctors enjoyed a nearly complete impunity in their practice, surgeons, by contrast, were most likely to have to justify their professional actions in court, because of their artisan skills.

It is with over the years and to certain acts of injustice, deprivation of liberty and human experimentation, worldwide transcendent, which begins the first stage in the development of informed consent. From then on it continued trying to perfect and cover all emerging issues of patient autonomy.

Informed consent is an integral element of the *lex artis* to conduct the medical community. It has gone from a vertical relationship, protectionist and paternalistic, to prioritization of bioethical principle of autonomy.

In Argentina the right to physical and psychological integrity is protected by the national constitution and a number of international treaties such as the declaration of human rights.

## **Key words**

Informed consent – surgery - physical and psychological integrity

## **1. INTRODUCCION**

El consentimiento informado nace como un aporte del derecho a la comunidad. La esencia de este acto, que debería ser parte cotidiana de nuestro accionar como profesionales de la salud, no lleva tanto tiempo entre nosotros ni ha tenido la aceptación adecuada o al menos la que fuera pretendida desde el momento de su inclusión, hace poco más de medio siglo, como parte del acto médico y de cualquier relación médico-paciente.

Sus definiciones son múltiples, si bien todas muy similares entre sí, desde sus comienzos ha sufrido alguna evolución, porque no existe un único consentimiento informado ni una única situación que lo requiera y, como veremos en el desarrollo de este trabajo, debieran existir tantos consentimientos informados como pacientes y situaciones existen día a día en la práctica médica; siendo este un problema bioético aún sin resolver.

Tal como lo ha señalado Jay Katz, en su colaboración a la *Encyclopedia of Bioethics*, “la información y el consentimiento (...) no tienen raíces históricas en la práctica médica, sino que la ética jurídica la ha forzado a aceptarlos“. Ello significa un conflicto profesional para los trabajadores del área de la salud, entre el acendrado secreto y la publicidad, el recurrido paternalismo y el permiso.

## **2. OBJETIVOS**

**2.1. GENERALES:** Realizar un aporte a la bioética a través de una revisión bibliográfica del manejo del consentimiento informado en nuestro país.

**2.2. ESPECIFICOS:** actualizar el tema desde la bioética en el ámbito de la cirugía y su puesta en práctica de manera menos estandarizada.

### **3. DESARROLLO**

#### **3.1. EVOLUCION HISTORICA**

Hasta bien entrado el siglo XVIII los médicos gozaban de una impunidad casi completa para ejercer la profesión, y son escasísimos los casos en los cuales debieron justificar sus acciones profesionales ante un tribunal. Los cirujanos, por el contrario, se vieron más expuestos a este tipo de percances en razón del estatuto artesanal de su destreza (1).

Del deber de información del médico se comenzó a hablar a finales del siglo XIX por parte de la doctrina alemana, alcanzando esta problemática un notorio desarrollo en la jurisprudencia de este país, así como en Francia y en los Estados Unidos de América.

La primera sentencia acerca del consentimiento informado tuvo lugar en las Islas Británicas en 1767, en ocasión del caso “Slater vs Baker & Stapleton“.

Uno de los primeros textos que imponía a los médicos la necesidad de obtener el consentimiento previo para los actos de experimentación científica, fue el promulgado en Alemania en 1931, bajo el título “Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre”, en cuyo artículo 12 se prohibía la experimentación en los casos en los que no se había obtenido el consentimiento; este mismo texto excluía de la experimentación a los menores de 18 años y a los moribundos.

En 1914, el Tribunal de Nueva York dicta una de las resoluciones más emblemáticas e influyentes, con del caso “Schloendorff S vs Society of New York Hospital“, al examinar un interesante supuesto consistente en la extirpación de un tumor fibroide del abdomen de un paciente, durante una intervención que se proyectaba como meramente diagnóstica (se trataba de una laparotomía exploradora) y en la que el paciente, de forma específica, había dejado expresado que no quería ser operado. En el fallo, el juez Benjamín Cardozo consideró que: “todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el

derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños” (2).

A raíz de esta resolución, se formó en los Estados Unidos de América un importante y copioso cuerpo jurisprudencial, precursor en gran parte del alcance de esta problemática, que marcó las diversas etapas que han precedido el desarrollo del consentimiento informado hasta adquirir las actuales características, que podemos sintetizar en las cuatro siguientes:

1) La primera etapa, denominada “consentimiento voluntario” (1947), surge como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la Higiene Racial y de los campos de concentración de la Alemania nazi. El código de investigación de Núremberg, establecido a raíz del proceso contra los criminales nazis, proclama en su párrafo inicial que “el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”

2) La segunda etapa, denominada propiamente del “consentimiento informado”, surge con el famoso caso “*Salgo vs Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees*”, a finales de los años 50, en el Estado de California (USA). La sentencia del mismo aclara que “el cuerpo médico está obligado a **obtener el consentimiento** del enfermo” y además a “**informar adecuadamente** al paciente antes de que se proceda a tomar una decisión”. En otros términos, la sentencia subraya el derecho del enfermo a una información de calidad y la obligación médica de brindar esa información relevante.

3) La tercera etapa del consentimiento informado se conoce como “consentimiento válido”. Se basa en el caso Culver (1982). “La obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieran en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa”.

4) La cuarta etapa, conocida como la del “consentimiento auténtico”, se caracteriza por la decisión auténtica del paciente, entendiendo como tal la que se encuentra plenamente de

acuerdo con el sistema de valores del individuo.

En 1964, en la 18va Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, la Asociación Médica Mundial adopta doce puntos para que sirvan de guía a los médicos que realicen investigaciones biomédicas. Esta guía fue revisada en 1975 en Japón, en 1983 en Venecia, y en 1989 en Hong Kong (3).

En 1974, en el marco del acta nacional de investigación, se firma en el parlamento norteamericano una ley que crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos involucrados en la investigación biomédica y del comportamiento.

En 1979, el Informe Belmont indica las condiciones para la protección de sujetos humanos en la investigación (4, 5). A saber:

- 1) Contempla la autonomía y dignidad de los individuos y la necesidad de proteger a los disminuidos o incapaces.
- 2) Obliga a maximizar beneficios y minimizar riesgos.
- 3) Distribución equitativa de los éxitos y beneficios de la investigación.

En 1991 se asegura una política uniforme de protección en todos los departamentos y agencias federales, que lleven a cabo investigación médica en los EE.UU.

### **3.2. LEGISLACION EN NUESTRO PAIS**

En la República Argentina, el derecho a la integridad psicofísica está amparado por la Constitución Nacional (Art. 18), tratados internacionales como La Convención Americana de Derechos Humanos (Art. 5), la Declaración Universal de Derecho Humanos (Art. 5), el Pacto Internacional de Derecho Civiles y Políticos (Art. 7) y, los Códigos Penal (Art. 89 a 94) y Civil (Art. 1.086 y concordantes) (6).

Con fundamento en ideas de autonomía, del derecho a la integridad psicosomática y a la salud, se afirma que el profesional de la salud no debe efectuar ninguna práctica o

tratamiento sin obtener previamente una decisión voluntaria válida de su paciente (7).

La principal referencia al tema que nos ocupa emerge de la ley de ejercicio de la medicina 17.132, que establece pautas claras en relación al deber de informar que asumimos los profesionales de la salud, disponiendo en el Art. 19 inc. 3º que nuestras obligaciones son: “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, tentativas de delitos o de suicidio. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia, alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.

La ley 26.529, sancionada y promulgada en el año 2009, en su capítulo III art. 5 define al consentimiento informado como “La declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud.
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos.
- c) Los beneficios esperados del procedimiento.
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto.
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados (2)”.

Es decir, el concepto abarca tanto el deber del médico de brindar una información completa y adecuada respecto del tratamiento que se prescribe previamente al paciente, como también el deber de obtener el consentimiento de éste antes de iniciar el tratamiento o la intervención quirúrgica.

En los casos de operaciones mutilantes, ya el Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina requería la autorización formal y expresa (por escrito) del enfermo. Así, en su Art. 15 determina que: “El médico no hará ninguna operación mutilante (amputación, castración, etc.) sin previa autorización del enfermo, la que podrá exigir por escrito o hecha en presencia de testigos hábiles...”.

Finalmente, debemos remarcar que fueron incluidas en el Proyecto de Reforma del Código Civil realizado por la Comisión designada por el Poder Ejecutivo (dec. 468/92 – Adla, LII-B, 1641- ) dos disposiciones específicas al respecto.

Art. 120: “Nadie puede ser sometido sin su consentimiento a exámenes, tratamiento clínicos o quirúrgicos, cualquiera sea su naturaleza, salvo disposición legal en contrario”.

Art. 121: “Si el paciente es incapaz de hecho o no está en condiciones de expresar su voluntad, debe recabarse el consentimiento de su representante legal, cónyuge o pariente más próximo o allegado que en presencia del médico se ocupe de él. En ausencia de todos ellos, el médico podrá prescindir del consentimiento cuando su actuación tenga por objetivo evitar un mal grave al paciente.

En caso de negativa injustificada de las personas antes mencionadas a consentir un acto médico requerido por el estado de salud del incapaz se suplirá por autorización judicial” (8).

#### **4. DISCUSIÓN**

En los últimos 60 años, como vemos, la comunidad médica ha seguido numerosos pasos para proteger a las personas que formaban parte de estudios de investigación médica.

Ya mencionamos el nacimiento del Código de Núremberg, en 1947, desarrollado como propuesta para juzgar a los médicos que realizaron experiencias no éticas durante la segunda guerra mundial, y para que sirviera de ejemplo en el futuro. Las condiciones más relevantes que impone el código son:

a) que los participantes en estudios de experimentación sean personas aptas para consentir su ingreso al grupo de estudio.

b) que no se ejerza coerción de ningún tipo.

c) que comprendan los posibles riesgos y beneficios que se espera al realizar el estudio.

Estas condiciones han sido trasladadas continuamente hacia las múltiples disciplinas aplicadas en salud, uno de tantos ejemplos fue el caso "*Nathanson vs Kline*" el cual selló, en 1960, el ingreso del consentimiento informado a la órbita sanitaria y, desde entonces, se lo incorporó como parte constitutiva del acto médico. Se señalaba allí que el profesional no podía decidir por su paciente, ni aún para proteger sus mejores intereses.

Como podemos apreciar, las conductas asumidas en la relación médico-paciente han cambiado a lo largo de los últimos años. Después de siglos donde la decisión de un acto médico pertenecía única y exclusivamente al médico de manera incuestionable, recién hace poco más de medio siglo aproximadamente comienza a emerger un cambio conceptual importante, basado en el derecho del paciente a conocer y aceptar el tratamiento que le es propuesto. La relación médico-paciente durante mucho tiempo se ha dado en un contexto paternalista, guiado por el principio de la beneficencia; es decir, buscando el bien del otro, por el cual el médico, siguiendo su exclusivo criterio personal, era quien decidía por el paciente. El primitivo acto de "paternalismo", surge entonces como inaceptable para una sociedad que reconoce los derechos del paciente a aceptar o consentir los métodos propuestos por el médico tanto para su diagnóstico, como para el tratamiento (9).

El antiguo modelo exigía obediencia y confianza al médico, y el médico, por su parte, debía tener la autoridad suficiente para cumplir con su deber de buscar el máximo beneficio objetivo del enfermo (10).

Ahora, el enfermo espera que se respeten sus derechos y su autonomía para decidir. Y al médico se le pide, sobre todo, competencia técnica para realizar las aspiraciones y los deseos del enfermo. En este nuevo modelo autonomista, el principio de beneficencia del

médico tropieza con las limitaciones impuestas por el reconocimiento de la autonomía que tiene el enfermo para decidir sobre sus propios valores (10).

La completa autodeterminación de las personas inhibe a los expertos para sustituir con juicios valorativos propios los deseos del enfermo por medio de cualquier forma o engaño, aún si le va en ello su vida o su integridad física (11). Se entiende de esta manera como empieza a cambiar el concepto del paciente, pasando de ser aquel por el cual deciden los que saben, amparados en el principio de la beneficencia, a tomar un rol plenamente activo en las decisiones medicas a pesar de no tener tal vez los conocimientos técnicos para ello, pero resguardado absolutamente por el principio de la autonomía que se impone ante los otros principios.

El Manual de Ética de 1984, de la Asociación Médica Americana, sostiene que el consentimiento informado “consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aceptación para ser sometido a esos procedimientos”.

Como vimos en párrafos anteriores, su desarrollo conoció distintas etapas: “consentimiento voluntario“, “consentimiento informado“, “consentimiento válido“y actualmente, el “consentimiento auténtico”, que se caracteriza por adecuarse plenamente al sistema de valores del paciente. Salvo las circunstancias excepcionales tales como la urgencia o emergencia en el accionar medico; la minoridad del enfermo, la renuncia (nadie puede ser obligado a aceptar lo que no quiere), etc. pueden anular el consentimiento, ya que sólo el paciente es el titular de este personalísimo derecho. Por tanto, el mismo debe prestarse antes del acto médico y es revocable sin formalidad alguna. Si bien en la mayor parte de los casos el consentimiento es oral, existe una tendencia a documentarlo por escrito. Excelente ejemplo reflejo de la situación cotidiana que vivimos los cirujanos en este aspecto es aquello que relata el Dr. Fermín García Marcos en su trabajo “HACIA UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REPÚBLICA ARGENTINA” donde expresa: “En los sanatorios donde intervengo, firmo un anexo a la Historia Clínica, titulado

indistintamente: “Consentimiento médico”, “Consentimiento informado” o “Consentimiento para intervenciones quirúrgicas”, en los cuales alguna vez se invoca el Art.19 de la ley 17.132 y el Art. 13 de la ley 24.193. Dicho protocolo lo suscribo en la sala de operaciones, ya viene firmado por el paciente o por un familiar. El trámite le fue pedido al interesado por la enfermera del sector donde está internado, o un empleado administrativo al hacer el ingreso al sanatorio. Es un trámite más“.

El consentimiento informado es considerado uno de los mayores aportes del derecho a la medicina. Como ya se mencionó, constituye un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica (10). Históricamente ha evolucionado, y conceptualmente se ha pasado de una relación vertical, proteccionista y paternalista, a la priorización del principio bioético de autonomía que actualmente debe regirlo (7).

Es un hecho incontrovertible que el consentimiento informado es ajeno a nuestra tradición médica, que ha sido desconocido a lo largo de su historia, si bien ahora constituye un elemento esencial en la relación médico-paciente, lo que debería concluir en una significativa mejora de la calidad asistencial (10).

En la actualidad los enfermos han hecho prevalecer sus derechos a conocer y poder decidir, en virtud del principio de “autonomía” mediante el cual todo ser humano, en uso de razón, tiene derecho a la libre elección de sus actos, sin presión de ninguna naturaleza ni imposición de persona alguna.

También se ha señalado que el consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente por la cual, luego de brindársele una suficiente información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención.

Es comúnmente aceptado que el consentimiento es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta o no,

someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas. Se considera un acto clínico cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad, exceptuando situaciones de emergencia y tratamientos impuestos por ley. Se constituye pues en un derecho fundamental del paciente y en una exigencia ética y legal para el médico (12).

Hasta aquí toda esta teoría nos lleva a pensar que es suficiente con explicarle a nuestro paciente los menesteres de su padecimiento, las conductas a seguir, sus posibles consecuencias; que éste entienda lo que estamos explicando y asuma, o no, la responsabilidad de decidir en el brevísimo tiempo previo al acto quirúrgico. En esta especialidad todo esto toma una dimensión mucho más importante, ya que el acto médico en sí mismo no deja de ser un acto de invasión en el cuerpo del paciente. Éste debe consentir ser cortado, perder uno o varios órganos, o parte de los mismos, ver su anatomía modificada, ya sea por la presencia de una ostomía, la necesidad de realizar una amputación, o simplemente por presentar una cicatriz en su piel. Los cirujanos dejamos marcas detectables en los enfermos y esto debe ser comprendido y aceptado por ellos, y está en nuestra tarea lograr que eso suceda de manera efectiva, dando tiempo al enfermo a que procese la información recibida y pueda evacuar dudas si las tuviese.

Debemos tener en cuenta también que el consentimiento del paciente puede ser retirado en cualquier momento, y que su decisión debe respetarse una vez que ha sido completamente informado de sus consecuencias. Esta es una norma internacional ya ampliamente arraigada: nadie puede, en principio, ser forzado a someterse a una intervención sin su consentimiento. Los seres humanos, por lo tanto, deben ser capaces de dar o negar libremente su consentimiento a cualquier intervención sobre su persona. Esta regla deja clara la autonomía del paciente en su relación con los profesionales de la salud y restringe el enfoque paternalista que podría ignorar el deseo del paciente.

Otro aspecto a tener en cuenta es que tanto en nuestro país como en otros de Latinoamérica, el vínculo entre el médico y el paciente no se limita a estas dos figuras, en

muchas ocasiones juega un rol principal y de mucha importancia la familia del enfermo, que es quien lo acompaña en las consultas con el médico, o durante su internación, lo que hace que las decisiones ya no sean solo del paciente sino que son discutidas con los familiares más cercanos, independientemente que la última palabra siempre debe tenerla el enfermo. A modo de ejemplo, es por todos conocido que el enfoque que se hace del Consentimiento Informado en la cultura anglosajona es diferente que en la latina, donde, entre otras diferencias, hay un hincapié notable en la autonomía individual en la primera, mientras que la familia juega un papel más importante en la segunda (13).

En Argentina y países vecinos se han realizado estudios que evalúan el conocimiento de los pacientes con respecto a éste tema, hacemos eco de aquellos datos recogidos de estudios realizados en Uruguay y Chile, por la gran similitud en el tipo de vínculo que se crea entre el profesional de la salud y el paciente. Sobre todo en las especialidades quirúrgicas, el consentimiento informado ha tomado un lugar más que importante en la práctica cotidiana; sin embargo, y tal como se describe en esta encuesta, cuando se pregunta al público acerca de quién debe decidir sobre el tratamiento a realizar en un hipotético caso, los encuestados (hombres y mujeres de entre 20 y 70 años) respondieron: sólo el paciente el 13,8%, sólo el médico el 4,3%, sólo la/s persona/s de confianza en el 4,8%, entre el paciente y el médico el 28,7% y **entre el paciente, el médico y la/s persona/s de confianza el 47,9%**. Frente a la situación hipotética de tener que comunicar “*noticias malas*”, el 40,7% prefirió que el médico se lo diga sólo a él, el 10,2% que se lo diga sólo a su/s persona/s de confianza, **el 44,7% compartirlas con su/s persona/s de confianza**, mientras que el 4,1% eligió que el médico no se lo diga a nadie (incluyendo al paciente). Claramente en estas respuestas se ve reflejada la necesidad de los pacientes de compartir las decisiones en cuanto a la enfermedad no solo con el médico a cargo, sino también con los familiares cercanos, hecho que como mencionamos anteriormente nos diferencia ampliamente de la cultura sajona.

Podemos ver de esta manera que una breve explicación en el consultorio, o durante la internación del paciente, en cuanto a lo que el acto quirúrgico se trata, no es suficiente. A veces solo se habla con el paciente, otras veces se pide que concurra algún familiar, pero

todo esto es dejado a criterio de cada profesional y no está estandarizado. El documento escrito se firma al ingreso a la clínica como proceder ordinario, nada de esto refleja lo que se busca al hablar de consentimiento informado según ha sido expuesto hasta ahora al mencionar sus múltiples definiciones y lo que nos dice la ley al respecto. Tal es así, que en los trabajos realizados por El Dr. Rodríguez Martín y sus colaboradores analizaron una encuesta enviada a los 166 Servicios de Cirugía argentinos: Respondieron el 33% de los consultados (70% eran Hospitales Públicos). Destacan que “el 80% poseen formularios escritos”. “El diagnóstico de enfermedad figura en el 25%, la probabilidad de complicaciones en el 64%, el riesgo de vida en el 89% y la posibilidad de muerte en el 56%. La autorización para la amputación de miembros no es requerida en el 96% y la posibilidad de secuelas o alteración de la integridad física no se menciona en el 86%”. “En menos de la mitad de los centros el Consentimiento Informado es aplicado por el médico tratante y casi el 50% lo hace recién cuando el paciente se interna”

Estos resultados no son diferentes a lo que está ocurriendo en la mayoría de los centros asistenciales, todavía no logramos darle el lugar o la importancia que merece este acto, es claro que la mayoría de las veces nos conformamos con la verbalidad del mismo, deberíamos ponerlo por escrito y adecuarlo a la necesidad de cada paciente, esto representa un cambio radical en las formas ya que hemos visto que cuando se hace, es de manera estandarizada; cada clínica, hospital o sanatorio tiene el suyo, y es hecho firmar por personal administrativo, de enfermería y las menos de las veces por el médico actuante. Se lo incluye de alguna manera en los “tramites” a realizar durante una internación o previo a una intervención dejando que, de este modo, pierda su sentido.

## **5. CONCLUSION**

El consentimiento informado, de práctica diaria en nuestra vida profesional, debe de ser una herramienta más para afianzar la relación médico-paciente. Seguramente se verá influenciada por ideologías locales, usos y costumbres. Es claro que la idiosincrasia de cada sociedad en la que está inmerso el individuo es capaz de influir en sus preferencias y

debemos tener consideración por este hecho, no menor.

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para la realización de un principio esencial: que la persona sea dueña efectiva de su destino, como corresponde a su infinita dignidad, y que esta información sea auténtica, humana, en el sentido de acompañarla con calidez, debido a algo tan trascendente como son las decisiones en las que puede estar afectada la vida, la integridad corporal, la salud física o psíquica.

Por eso es que, coincidiendo con lo antes expuesto, no podemos dejar que el consentimiento informado sea un trámite más.

## **Bibliografía**

1. Cecchetto S ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE INFORMADO EN ARGENTINA Rev.Latinoam.Der.Méd. Medic. Leg. 5 (2): 77-87, Dic. 2000 – 6 (1), Junio 2001: 7-14
2. Gervasoni M UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO Facultad de Ciencias Médicas. Mendoza. Argentina. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Unidad de Bioética. Santiago. Chile. Tesis de la Maestría en Bioética. La información en el Consentimiento Informado. Preferencias en una muestra de la población urbana en Uruguay.
3. *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.
4. Segunda Jornada Universitaria sobre Mala Praxis Médica: Mesa n°2 Conclusiones, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Revista Fundación Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Vol. 6, n° 23, Pág. 23-24, 1996.
5. The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research April 18, 1979
6. Vázquez Ferreira R y Tallone F, “Derecho Médico y Mala Praxis”, p. 19, Ed. Juris, Rosario 2000. El Consentimiento Informado en el Derecho Médico
7. Frutos Ortiz E TRABAJO ORIGINAL EL CIRUJANO Y LA DEMANDA POR MALA PRAXIS. MAAC FACS *Rev. Argent. Cirug.*, 2007; 93 (1-2): 53-64
8. González González D Consentimiento informado análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico. *Rev. MED Uruguay* 2005;21: 291-297

9. Collazo E Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos Cir esp. 2002; 71(6):319-24
10. Galán Cortés J La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev. MED Uruguay 1999; 15: 5-I 2
11. Montesinos M Silva N. Fundamentos y valor del consentimiento escrito en cirugía. Rev. Argent Cirug 1989; 56.150 –154.
12. Highton E y Wierzba, S M., “La relación médico-paciente; el consentimiento informado”, p. 11, Ed. Ad hoc, 1991.
13. Manrique J.L. El Consentimiento informado. Rev. Fundac Fac Med U.B.A., 1998; 7:13-17.