

CONSENTIMIENTO INFORMADO: ROL DEL EQUIPO DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES. UN ANÁLISIS DE CASO DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO-CLÍNICO

INFORMED CONSENT: HEALTH TEAM ROLE ON DECISION MAKING. A CASE ANALYSIS FROM THE ETHICAL - CLINICAL POINT OF VIEW.

Isabel Parra Estrada*

Enfermera, Licenciada en Enfermería, Universidad de La Frontera.

Artículo recibido el 13 de julio, 2012. Aceptado en versión corregida el 26 de diciembre, 2012

RESUMEN

El consentimiento informado es definido como la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. Constituye un proceso y no es solo el médico el responsable de su ejecución y aplicación. No basta solamente la presentación del documento al paciente el mismo día, horas o incluso minutos antes de someterlo a una intervención. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud, y también de modo especial, la enfermería. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones es una condición necesaria, pero no suficiente, que permite a las personas ejercer su autonomía. El derecho a la autonomía se puede ceder, en ocasiones y según las circunstancias, a las decisiones de un sustituto moralmente válido, la mayoría de las veces representado por un familiar. El caso clínico describe la situación en la cual una paciente se presenta a una cirugía sin el consentimiento informado firmado y sus familiares no son ubicables. El equipo de salud deliberará y tomará una decisión al respecto. Este caso se analizará desde el punto de vista ético-clínico empleando el método propuesto por The Hastings Center. De acuerdo a las circunstancias, el equipo de salud toma la decisión de no realizar la cirugía en ese momento y posponerla hasta tener la certeza que la familia de la paciente haya sido informada del procedimiento. **Palabras clave:** Consentimiento informado, Toma de Decisiones, Enfermería, Bioética.

ABSTRACT

The informed consent is defined as the explanation to an alert and mentally competent patient, about the nature of his/her illness, as well as the balance of the effect of the illness and the risk of the recommended diagnostic and therapeutic procedures, for then ask his/her approval to be underwent into them. It constitutes a proceeding and doctor isn't the only responsible of its execution and application. The presentation of the document the same day, hours or even minutes before the proceeding isn't enough. In this act are involved in the first place the patient, his/her family and health team and also in a special way, nursing. The patient's capacity at taking decisions is a necessary but not sufficient condition, which allows people to exercise his/her autonomy. The right to autonomy can be transferred, in occasions and according to circumstances, to amorally valid substitute's decisions, most of the times represented by a relative. The clinic case describes a situation in which a patient presents to a surgery without a signed informed consent form and her relatives haven't been located. It's analyzed from the ethical point of view, using a method proposed by The Hastings Center. According to the circumstances, the health team take the decision of not doing the surgery in that moment and postpone it until they be certain that patient's family has been informed about the proceeding. **Key Words:** Informed consent, Decision making, Nursing, Bioethics.

* Correspondencia e-mail: iparra1@uc.cl

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado es definido por el Colegio de Médicos Americanos como la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre él¹.

Se debe diferenciar el consentimiento informado, de la autorización que tradicionalmente se utiliza en el ámbito médico, ya que esta es solo la suscripción del documento que permite realizar el acto quirúrgico, sin requerir que el paciente se encuentre plenamente informado sobre las alternativas diagnósticas, terapéuticas, posibles riesgos y complicaciones². El consentimiento informado constituye un proceso y no solo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. No basta solamente la presentación del documento al paciente el mismo día, horas o incluso minutos antes de someterlo a una intervención. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud, y también de modo especial, la enfermería³.

De acuerdo al Código Deontológico para la profesión de enfermería⁴, la enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

El profesional de enfermería, así como todo el equipo de salud implicado en la atención de los pacientes deben respetar el derecho de las personas a ejercer su autonomía, mediante la participación activa de ellos en las decisiones que competen a su propio bienestar e influyen en

su calidad de vida desde el punto de vista de la salud. La responsabilidad de la enfermera, en el desarrollo de los aspectos éticos en la atención en salud, va más allá del nivel individual, trasciende al ámbito interdisciplinario y busca siempre el bienestar del paciente, aboga por los derechos de las personas a quienes cuida, para asegurar que sus necesidades sean atendidas en forma eficiente y humanizada⁵.

La capacidad de los pacientes para tomar decisiones es una condición necesaria, pero no suficiente, que permite a las personas ejercer su autonomía. La capacidad para tomar decisiones en salud se define por la presencia de un cierto número de habilidades, fundamentalmente psicológicas (afectivas, cognitivas, volitivas) que permiten tomar en forma autónoma una decisión concreta en un momento determinado, no dice nada de la capacidad para tomar otras decisiones, ni es un juicio respecto de la capacidad legal⁶. El derecho a la autonomía se puede ceder, en ocasiones y según las circunstancias, a las decisiones de un sustituto moralmente válido, la mayoría de las veces representado por un familiar².

El consentimiento informado firmado es el instrumento por el cual se considera realizado el acto de información, deliberación y decisión del paciente en conjunto con el equipo de salud respecto de algún procedimiento invasivo y como tal debe estar presente previo a dicho procedimiento. La dignidad humana es uno de los principales fundamentos del consentimiento informado, la que nos obliga a tratar a nuestros semejantes como a nosotros nos gustaría que nos trataran. La dignidad es algo elemental dentro de toda persona y es común a todo individuo. Así, la dignidad debe ser considerada como el patrimonio propio de toda persona, la que se opone a toda instrumentalización de un individuo¹.

El caso clínico que se describe a continuación se refiere a esta situación, en la cual una paciente se presenta a una ciru-

gía sin el consentimiento informado firmado, no teniéndose certeza de que se haya llevado a cabo la explicación correspondiente a la paciente, la cual se considera incompetente para ejercer su autonomía, o a sus familiares, estos últimos ausentes e inubicables. Debido a esto, el equipo de salud involucrado en el procedimiento quirúrgico discute, delibera y toma una decisión.

Este caso es analizado desde el punto de vista ético, aplicando el método de toma de decisiones en dilemas éticos propuesto por The Hastings Center⁷.

Caso clínico

Una mujer de 85 años con diagnóstico de fractura subcapital de fémur, de más de un mes de evolución, se presenta en pabellón para someterse a una artroplastia parcial de cadera. Al revisar su ficha para verificar la presencia de todos los documentos importantes se advierte que falta el consentimiento informado firmado. Clínicamente, la paciente está en condiciones para someterse a la cirugía programada, puesto que sus exámenes sanguíneos están normales de acuerdo a su condición, tiene disponibilidad de hemoderivados y cama de cuidados intermedios para el postoperatorio.

La fractura de cuello de fémur es invalidante, pues no permite la marcha normal debido al dolor y deformación de la articulación, por lo que la persona está incapacitada para levantarse y hacer su vida normal. Generalmente se produce por caídas a nivel en el hogar y es frecuente en personas adultas mayores. Tiene indicación quirúrgica y se resuelve reemplazando la articulación de la cadera con una prótesis.

A pesar de ser una condición delicada como se describe anteriormente, no constituye una emergencia médica sino una urgencia, por lo que la resolución puede ser diferida y programada para preparar al paciente.

El Traumatólogo que opera (médico tratante), es el responsable legal de explicar

y aclarar dudas de la cirugía, el proceso de recuperación postoperatoria y la rehabilitación al paciente o a los familiares responsables y respaldar dicho acto con la firma del consentimiento informado para la autorización o rechazo de la cirugía⁸. El cirujano en este caso había delegado lo anterior al Becado de Traumatología (un médico en especialización), quien no lo había hecho.

La paciente es una persona que se comunica incoherentemente. Estaba consciente pero desorientada en tiempo y espacio, por lo tanto no se encuentra en condiciones de firmarlo en el momento de llegar al pabellón. Se intenta ubicar a algún familiar responsable, lo cual no fue posible debido a que no se encontraban en el hospital. Son procedentes de un sector rural, por lo tanto no podían presentarse todos los días por la lejanía con el hospital regional.

La paciente vive en la casa de uno de sus hijos, es totalmente dependiente de la familia en lo que respecta a los cuidados básicos como higiene personal, vestuario, seguridad y alimentación. En cuanto sufre la caída que le provoca la fractura de cadera la trasladan por sus propios medios al hospital más cercano y desde ahí es derivada al hospital regional para la resolución definitiva.

El Traumatólogo solicita operarla, a pesar de no tener el consentimiento informado firmado, lo cual es cuestionado por las implicancias legales que afectan al equipo de anestesia y arsenaleros. Dichos equipos consideran que no es adecuado que se opere a la paciente sin la firma del consentimiento, a pesar de tener lo necesario para llevar a cabo la cirugía, como los insumos, instrumental, equipos.

Probablemente el hecho de explicar la cirugía y recuperación posterior a la familia haya sido realizado, pero no existe el respaldo para corroborar que realmente se haya hecho, por lo tanto no se da por sentado.

Cabe destacar que en el Hospital se ha implementado la aplicación de la pausa de seguridad en procedimientos quirúrgicos que implican administración de anestesia, para disminuir el riesgo del error que pudiera causar daño al paciente que se someta a dichos procedimientos. Entre los ítems considerados para chequear se considera el consentimiento informado debidamente firmado.

El otro factor es el que al suspender una cirugía se afecta el rendimiento del pabellón, que es medido por especialidad, por lo tanto el Traumatólogo hace presión para no suspender su cirugía. Las suspensiones de pabellón son notificadas semanalmente a la Subdirección Médica del Hospital y se analizan caso a caso para buscar y corregir la falla.

Problema ético:

¿Es éticamente correcto que el médico (responsable legal de la firma del consentimiento informado) tome la decisión de operar a la paciente sin tener el consentimiento informado firmado?, ¿se debe tomar esta decisión considerando que ella atañe no solo a la paciente y su familia, sino a también a todo el equipo de salud?

Es un derecho del enfermo que se le informe sobre las características de su enfermedad en un lenguaje comprensible y que no lesione su dignidad, ni despierte preocupación innecesaria, dándole la oportunidad de participar en su tratamiento y que otorgue su consentimiento. Se debe diferenciar de la autorización que tradicionalmente se utiliza en el ámbito médico, ya que esta última es solo la suscripción del documento que permite realizar el acto quirúrgico². En este caso no se tiene certeza absoluta que se haya realizado lo anterior.

Discusión

En el análisis de este caso desde el punto de vista ético-clínico se aplica el procedimiento establecido por The Hastings Center para la toma de decisiones

éticas⁷ como una manera de poder desglosar y operacionalizar cada aspecto que influya en el presente caso.

I. Valores éticos subyacentes

- Bienestar del paciente: es necesaria la cirugía pues una fractura de cadera incapacita a la persona de movilizarse por sí misma, causa dolor crónico que no cede a los analgésicos habituales. Esto incide en la calidad de vida futura tanto de la paciente como de su familia, quienes otorgan cuidados domiciliarios. Velar por el bienestar presente y futuro de ellos está por encima de todo para el equipo de salud. Los profesionales suelen estar seriamente preocupados por procurar a sus pacientes el mayor bienestar posible, fundamentalmente mediante la realización de una práctica de alta calidad científico-técnica¹, esto último ligado a la formación académica y práctica clínica que se les ha entregado además de asociarlo a una actitud paternalista tradicional, hasta hace poco tiempo y cada vez menos vigente.
- Autodeterminación del paciente: ella no es capaz de emitir un juicio con respecto a la situación. Si bien se encuentra consciente está desorientada en tiempo y espacio. Por otra parte, a pesar de explicarle no logra comprender ni opinar al respecto. No hay ningún registro en su ficha de alguna evaluación por algún especialista que determine su nivel de entendimiento.
- El requisito de competencia o capacidad es uno de los elementos clave de un proceso de consentimiento informado. Solo si el paciente es competente podrá tomar decisiones autónomas sobre su salud. La capacidad que puede evaluar un profesional de la salud es la capacidad de obrar natural o de hecho, también denominada competencia en el lenguaje habitual de la bioética⁹.
- Integridad física de los profesionales de la salud: no se ve afectada ni por hacer

la cirugía ni por dejar de hacerla. Eso sí, puede pasar a llevar las creencias propias de cada uno de los integrantes del equipo, quienes pueden abstenerse de participar de acuerdo a sus propios principios a pesar de saber que su decisión afecta la independencia de una persona y su familia. Se hace necesario llegar a un consenso entre todas las opiniones.

- Justicia o equidad: se debe operar pues corresponde hacerlo por las implicancias médicas y socioculturales que inciden en la vida futura de la paciente y su familia.
- Vulnerabilidad: esta enfermedad causa dolor e invalidez que puede ser mejorada con este tratamiento, mejorando la calidad de vida de la persona enferma y su familia, quienes son de un sector rural y, se supone, con recursos limitados, por lo tanto vulnerables.

II. Evaluación y decisión

Su afección tiene indicación de resolución quirúrgica. La paciente se encuentra en condiciones médicas de realizarse la cirugía y si existe algún problema es susceptible de corrección durante el procedimiento pues se ha evaluado previamente (cirugía electiva, evaluación preanestésica, exámenes, disponibilidad de reponer sangre disponibilidad de cama).

Las preferencias del paciente no son conocidas debido a que no puede manifestarlas claramente, ni hay familiares cercanos presentes para abogar por ellas.

Los familiares no se encuentran presentes por vivir lejos del hospital, no pueden permanecer en la ciudad ni viajar todos los días. Su red de apoyo no se los permite.

El equipo, si bien está de acuerdo con operar, no se anima por las implicancias legales que conlleva el intervenir a una persona sin el respaldo del consentimiento firmado. Sería sensato que, por la responsabilidad legal que tiene, sea el cirujano quien tome la decisión sobre la operación, considerando la opinión y discusión con el

equipo, la condición actual de la paciente y consecuencias para su recuperación. Pero, desde otro punto de vista, sería prudente que se esperara a ubicar a la familia y tomar la decisión con ellos, por las implicancias que tiene dicha decisión en su vida familiar.

III. Identificación de la persona responsable de tomar la decisión

Los familiares son quienes deben tomar la decisión de someter a la paciente a la cirugía, pues ellos son los responsables del cuidado de ella en su casa y son más cercanos. Conocen a la paciente, tienen clara su situación familiar y su capacidad para conllevar el hecho de la operación.

La información debe ser entregada a ellos claramente y con tiempo para que puedan analizarla y opinar el respecto, logrando una mejor articulación de los cuidados. Muchas veces no se tiene certeza de que se les haya entregado la información. Cuando se presenta una situación de no tener el consentimiento informado y que los familiares no están presentes ni ubicables, pues viven fuera de la ciudad, no es factible preguntarles en el momento ni explicarles. Si se posterga la cirugía daría tiempo para poder llevar a cabo todo lo descrito y conseguir la decisión de la familia, en desmedro de la condición física de la paciente, quien tendría que esperar algunos días más para aliviar su enfermedad, prolongando la estadía en el hospital y por lo tanto la necesidad de la familia de viajar a la ciudad a visitar a la paciente.

Legalmente, el responsable de tomar la decisión de llevar o no a cabo la cirugía es el Traumatólogo tratante, quien es el cirujano y quien dirige las determinaciones a tomar en el tratamiento de la persona enferma en conjunto con ella o los familiares. Después de describirles la situación clínica se pone de acuerdo con ellos y evalúan si realizar o no la intervención.

Los integrantes del equipo de salud pueden opinar respecto del tema, analizando desde su punto de vista individual.

IV. Toma de decisiones

La paciente no está en condiciones de ejercer su autonomía para tomar la decisión de realizar la operación, pues su capacidad mental no es la óptima. Para que un paciente tome una decisión válida suele considerarse como requisito indispensable que actúe con autonomía y competencia. Si la persona no está capacitada por impedimentos internos o externos para ejercer su autonomía no puede aceptar o rechazar una intervención médica y, en otros casos, es cuando la persona o familiar responsables deciden por el paciente².

No consideran correcto operarla sin saber si la familia está en conocimiento del procedimiento y las consecuencias y riesgos que conlleva, para poder disponer sus recursos de acuerdo al hecho de someterla a la operación.

Dada las circunstancias anteriormente descritas, el equipo toma la decisión de no realizar la cirugía en ese momento y posponerla hasta que sea posible informar a la familia del procedimiento. Así, teniendo la certeza de dicho acto se procederá a corregir la afección de la paciente.

V. Documentación de la decisión

En este caso se escribe una reseña en la ficha clínica sobre la suspensión de la cirugía por parte del cirujano y anestesiólogo, describiendo las condiciones en las cuales se llevó a cabo la acción, los factores que se tomaron en cuenta para llegar a la decisión y se incluye el respaldo de exámenes o formularios que la avalen. Se postula que es más válido, para fines legales, un registro manuscrito en la historia clínica que un formulario adosado a esta¹⁰.

VI. Cumplir la decisión

De acuerdo a lo anteriormente descrito y considerando la participación de todo el equipo, quienes han discutido y han llegado a dicha decisión.

Se le informa oralmente a la paciente de la decisión tomada. Además el cirujano

y anestesiólogo dejan registro de dicha decisión en la ficha clínica de la paciente.

Posteriormente el cirujano es quien coordina con la secretaria del Pabellón la reprogramación de la cirugía, en cuanto sea posible ubicar a los familiares.

VII. Cambiar la decisión, si fuere necesario

La decisión no fue cambiada.

VIII. Objeciones y retos

La evaluación y determinación de la competencia de un paciente es una tarea que entraña una enorme responsabilidad ética y jurídica. Establecer la incompetencia de un paciente es afirmar que, aquí y ahora, no puede ejercer su autonomía ni su derecho, legalmente reconocido, al autogobierno personal, esto es, a tomar por sí mismo una determinada decisión sanitaria, y que son otras personas las que deberán tomarla en su lugar⁹.

La Ley 20.584⁸ sostiene que en caso que la persona, a juicio de su tratante, no posee la capacidad recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información será dada a su representante legal o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre y una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender deberá ser informada.

Ahora bien, cabe preguntarse ¿los integrantes del equipo involucrado en la decisión anteriormente descrita tienen la facultad de afirmar que la paciente no está en condiciones de decidir por ella misma y manifestar su decisión? Es una interrogante que en ese momento no se toma en cuenta y consecuentemente se suspende la cirugía.

Los sustitutos que nombra la Ley que se cita⁸ incluyen a familiares directos como el cónyuge, los padres o los hijos y en caso de ausencia de estos también considera tanto a la persona que cuida al paciente como al tutor legal. En este caso,

dichos sustitutos no se encuentran disponibles, por lo que no es posible consultarles. Para esta situación dicha ley postula que se adopten medidas dirigidas a garantizar la protección de la vida⁸.

Los integrantes del equipo de salud están de acuerdo en suspender la cirugía bajo la premisa de que dada la no existencia del respaldo escrito del consentimiento informado firmado, la imposibilidad de consultar a algún sustituto que pueda tomar la decisión y ejercer el derecho de decidir por la paciente; no es posible transgredir dicho derecho a pesar de poseer la capacidad de llevar a cabo la intervención, además de haber implicancias legales a las cuales se expondrían.

Si bien se retira la asistencia profesional en ese momento, no se considera definitivo, pues se decide reprogramar la cirugía dentro de la misma semana para evitar la demora en la recuperación de la paciente, hasta concretar y confirmar la debida entrega de información a los familiares sobre la intervención.

Conclusiones

La relación entre médico, enfermera y paciente es hoy más franca, más abierta y con información mejor detallada, respetándose al paciente. Por esto, es importante que los médicos y enfermeras colaborem en estimular la capacidad de decisión de los individuos enfermos². Es necesario promover un trabajo interdisciplinario con el fin de clarificar, desde el punto de vista ético y legal, la participación de cada profesional en la obtención del Consentimiento Informado para los tratamientos y procedimientos que requieren de su intervención conjunta¹¹.

El hecho de que la paciente sea mayor de edad la faculta para decidir sobre aquello que compete a su bienestar. En este caso, no se tiene seguridad del estado mental de la paciente y es poco factible que se pudiera resolver en ese momento para tomar una decisión más fundada, como por ejemplo la evaluación de al-

gún especialista del área de psiquiatría. Con el objeto de realizar una adecuada evaluación y valoración de dicha capacidad, particularmente en el contexto del Consentimiento Informado, es necesario en nuestro medio, elaborar criterios, estándares y procedimientos de medición, que puedan ser aplicados en este tipo de situaciones⁶.

El Consentimiento Informado constituye un proceso, y no solo es el médico el responsable de su ejecución y aplicación. No basta solamente la presentación del documento al paciente el mismo día, horas o incluso minutos antes de someterlo a una intervención. En este acto está involucrado primeramente el paciente, la familia y el equipo de salud, y también de modo especial, la enfermera^{3,6}. Enfermería detecta por su asiduidad en el manejo del paciente necesidades no cubiertas, preguntas no formuladas y ecos que escapan al médico dada su función de cuidado del enfermo¹⁰, por lo que cumple un rol estratégico en el efectivo proceso de información y comprensión del paciente sobre su condición y los posibles tratamientos a los que puede ser sometido, para tomar una decisión adecuada a sus necesidades y deseos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Lugones M, Pichs L, García M. Consentimiento informado. *Rev Cub Med Gener Integr* 2005; 21(5-6). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi195-605.htm
- ² Islas-Saucillo M, Muñoz H. El consentimiento informado. Aspectos bioéticos. *Rev Med Hosp Gen Mex*; 2000(63): 7-6-2012-267-273. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2000/hg004h.pdf>
- ³ León F, Burattini C, Schwartzmann J. El consentimiento informado y el profesional de enfermería: estudio cualitativo en hospital público de Chile. *Rev Eleuthera* 2009; 3: 221. Disponible en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera3_10.pdf

- ⁴ Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. 2005. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- ⁵ Alvarado A. La ética del cuidado. Aquichan 2009; 25 may 2012. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/47>
- ⁶ Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la "capacidad de la persona": en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev Méd Chile 2004 132(10): 2012 Jun 07. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000013&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872004001000013.
- ⁷ Amaro, M. Toma de decisiones éticas aplicadas a la especialidad de enfermería. Rev Cub Enferm. 2004, 20 (3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_3_04/enf07304.htm
- ⁸ Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 24-Abr-2012(6/7/2012). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20584&tipoVersion=0>
- ⁽⁹⁾ Lorda P, Rodríguez J, Martínez A, López R, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin (Barc) 2001; 117(419-426): 5/24/2012. Disponible en: http://sanadrian.bizkeliza.org/fileadmin/bizkeliza/web/doc_sal/articulos/Capacidad_para_tomar_decisiones_PSim_n_et_al.pdf
- ¹⁰ Quintero E. Consentimiento informado en el área clínica ¿Cómo, dónde y cuándo? MedUNAB 2009; 12(2): 25 mayo 2012. Disponible en: [http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path\[\]=37&path\[\]=35](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path[]=37&path[]=35)
- ¹¹ Prieto I. Consentimiento informado en Enfermería. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=87:consentimiento-informado&catid=35:conferencias&Itemid=37. Accesado 24/5/2012.