

HACIA UN CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REPÚBLICA ARGENTINA



por Fermín García Marcos

Este aporte es la reflexión de un médico asistencial con 42 años de cirujano. He efectuado Cirugía General y Cirugía de Cabeza y Cuello. Me he desempeñado en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires, en el Instituto de Oncología Ángel Roffo, y en el Hospital Tornú. Nunca hice firmar un Consentimiento Informado en mi práctica privada. En los ambientes hospitalarios en que actué, no existían dichos requisitos.

Toda gran cirugía requiere una explicación al enfermo. Por ejemplo, el paciente al que se le operará el colon debe conocer qué eventualidades va a tener en su postoperatorio, si quedará con una colostomía o si puede tener complicaciones intraabdominales con la anastomosis. El paciente que se someterá a una gran operación mutiladora de la zona bucomaxilofacial, debe conocer cómo se realizará su reparación, cómo se restablecerá la continuidad de la vía digestiva, o de la vía aérea, o si perderá la voz. Una cirugía ampliada de la glándula tiroides implica comunicar al paciente que puede haber problemas con su voz o con la regulación del calcio.

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. Sólo una vez un paciente se

negó a hacerlo (era un ex Juez), por lo cual no le autorizaban su internación. El tema se solucionó cuando intervine personalmente, y le expliqué las características burocráticas de la situación, que fueron comprendidas por haber mediado una excelente relación personal y haber estado correctamente informado del alcance de su operación. Era una cirugía de la glándula parótida, con eventual riesgo de sufrimiento del nervio facial y alteración de la mímica.

En una oportunidad, teniendo en cuenta experiencias con cirugías que pueden dejar secuelas estéticas o incómodas o desagradables, propuse a la Dirección de un sanatorio que dichos protocolos de C.I. los hiciéramos firmar los cirujanos. No he obtenido respuesta. Un colega que efectúa cirugía abdominal de alta complejidad, tiene los protocolos sanatoriales en su consultorio, y allí los hace firmar. No obstante eso, al ingresar al sanatorio y abrirse la historia clínica, el empleado administrativo le hace firmar al paciente otro similar.

Ésta Esta introducción pretende mostrar la realidad en que nos desenvolvemos los cirujanos en la ciudad de Buenos Aires, máxime en intervenciones con riesgos, donde las dificultades preoperatorios y postoperatorias en materia de relaciones personales, se zanján cuando ha habido diálogo, una elaboración progresiva de los datos que se brindan, una información básica correcta, el escuchar y responder preguntas y dilucidar dudas, incluso con actitud docente, educativa, acerca de la afección, su evolución, tratamiento y alternativas. Contra esto conspira el Tiempo, la Masa y el Espacio. No me refiero a una fórmula física, sino al Tiempo que insume una correcta relación médico-paciente, con malestar a veces de los que se hallan en la sala de espera; la Masa crítica de la cantidad de enfermos que deben verse en un cupo de horas en el consultorio, y el Espacio físico adecuado, el escritorio con intimidad donde conversar, evacuar preguntas, dialogar.

En la práctica privada o en algunos centros de salud modernos, el tema es fácil de resolver. No sucede lo mismo en la enorme mayoría de los casos de la

práctica hospitalaria habitual. Es un “*condicionante externo*” para una buena relación médico-paciente . El otro es un “*condicionante interno*”, propio de la modalidad, la educación, la formación, la personalidad, las virtudes y valores existentes, la actitud psicológica, el carácter del médico. Tema difícil que se relaciona con el estilo, cordialidad, humor, calidad humana, forma de ser de su personalidad, propensión al diálogo, cortesía, la enseñanza que se le ha impartido en las Escuelas de Medicina para adquirir buenos hábitos en la relación con los enfermos, la anamnesis, la confección de la historia clínica, etc. y el ejemplo de sus mayores en la práctica hospitalaria diaria. Allí se adquieren usos, costumbres y *hábitos* que pueden ser virtuosos o viciosos.

Para uniformar criterios ante colegas poco proclives a una correcta vinculación con el paciente, se hacen los reglamentos que imponen una conducta. Es tratar de modificar o encauzar a buen fin los condicionantes externos modificables y perfeccionables. Con esto tiene que ver el protocolo escrito y firmado de Consentimiento Informado (C.I.). En una ecuación equilibrada entre la actitud ética del médico y la obligación con aparentes implicancias legales, pareciera romperse el equilibrio hacia ésta, procurando modificar el *condicionante externo* de una mala práctica. Es aplicado con un criterio de una medicina a la defensiva, un *requisito*, “sin considerar su esencia moral” (1)

Un abogado ha escrito en un trabajo publicado por la Asociación Argentina de Cirugía (2) que “desde la óptica del derecho civil”, el derecho del paciente a ser informado para prestar su consentimiento o rechazar, “puede enmarcarse en el denominado –derecho del consumo- entendiendo por tal al conjunto de normas y principios que regulan las relaciones jurídicas entre los consumidores y los prestadores profesionales de bienes y servicios”. Se trataría de coordinar los institutos jurídicos y proteger los derechos del consumidor.

Esto me recuerda una reflexión popular que circula entre los médicos, y que dice: “Solía ser un médico, ahora soy un proveedor de servicios de salud. Solía ejercer la medicina, ahora soy parte de un sistema gerenciado de salud. Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de consumidores. Solía indicar un tratamiento, ahora espero la autorización para tratar a un paciente”; por ésta

interpretación, el *paciente* (término discutido en algunos ambientes), debería “ser considerado un consumidor o no, en los términos de la ley 24.240 y del art. 42 de la Constitución Nacional”.

Una función indelegable del médico, obligación moral hacia el paciente, como es la de comunicar, informar, dialogar, para luego actuar, se transforma por falencia del galeno, como intento de corrección de discutible eficiencia por parte de las instituciones públicas y privadas, en un imperativo procedimental burocrático: el *Consentimiento Informado* tal como se lo entiende en la Argentina. Es un dilema en el cual la ley civil procura mejorar una ley moral que no se cumple correctamente. El tema se hace más manifiesto con el nuevo paradigma de relación médico-paciente que exalta la Autonomía de éste frente al criterio tradicional de Beneficencia de aquél. Equilibrio o no de la ecuación Autonomía-Beneficencia que es tema para desarrollar y discutir en otra oportunidad. Dejo constancia que para mí, como médico, es un aspecto no dilucidado; ni sobre el cual existe coincidencia, aun dentro de la literatura bioética anglo-norteamericana. Toda consulta médica invoca un cierto paternalismo con un interlocutor prudente y razonable en quien se deposita confianza, que puede ser “fiduciario explícito” o “fiduciario implícito” (3). Me resisto a dejarme llevar por cierta moda que considera no ético un ejercicio natural de un “paternalismo débil”, como lo denomina y justifica T. Engelhardt, y menos aun a desvalorizar el significado de un término cuya etimología es “Pater”.

El Consentimiento Informado escrito y firmado ha adquirido una relevancia significativa por razones legales por parte de las Instituciones públicas y privadas, influenciada sin duda por la traspolación de una doctrina jurídica anglo-norteamericana, propia de otra concepción del derecho, de otro estilo de vida y de otra forma cultural de relación entre personas, en éste caso aplicada al binomio médico-paciente. (4)

Mi objetivo es resaltar *el aspecto que le compete al médico asistencial* de comportarse correctamente, de no renunciar a su misión, de hacer valer su papel, de preservar la dignidad de su profesión; por eso insisto en el

componente ético del C.I. como parte inseparable de la Relación Médico Paciente (R.M.P). Vale la pena traer a colación un texto precursor de la moderna Bioética, data de 1952. Refiriéndose al imperativo habitual de actuar o decidir el médico en interés del paciente, con lo cual probaría su licitud moral, se pregunta Pío XII si eso es realmente prueba de dicha licitud, y dice: "...el médico, como persona privada, no puede tomar ninguna medida ni intentar ninguna intervención sin el consentimiento del paciente. El médico no tiene sobre el paciente sino el poder y los derechos que éste le de, sea explícita, sea implícita y tácitamente. El paciente, por su parte, no puede conferir más derechos que los que él mismo posee. El punto decisivo en éste debate , es la licitud moral del derecho que el paciente tiene de disponer de si mismo. Aquí se alza la frontera moral de la acción del médico, que obra con el consentimiento del paciente" (5).

Ésta aseveración se entronca con una antigua corriente de pensamiento ético médico, no sólo encuadrado dentro de una moral religiosa, sino en una ética médica de raíz filosófica relacionada con la propiedad o no, el derecho de uso, sus deberes a terceros, etc., del propio cuerpo en una visión no fragmentada, regida por el principio de totalidad, integridad física, psíquica y espiritual, enmarcada en un orden de valores.

Por ese objetivo antedicho, creo imprescindible resaltar éstos temas durante la enseñanza de la medicina, las residencias y la especialización de postgrado. Los usos y costumbres han deteriorado el quehacer ético médico y han desarrollado *hábitos* viciosos. Debe insistirse ante los alumnos y colegas en que la decisión clínica no se refiere solamente a la factibilidad técnica de una determinada intervención, sino que implica también la cuestión ética. La comunicación, la información, el consentimiento surgido del diálogo y de la confianza, es el meollo de una buena relación médico-paciente.

Esto se consigue cuando el estudiante de medicina, el médico, se acostumbran a conocer y respetar la suprema dignidad de la persona humana. El hombre tiene una dignidad intrínseca que debe ser tenida muy en cuenta, sea cual sea el nivel cultural, social o de valores que tenga. En la práctica médica no se

trabaja con objetos, con números, con taxonomías de enfermedades, con animales de laboratorio; se trabaja con sujetos con dignidad. Si el alumno entiende eso, y lo ve en la forma de comportarse de sus mayores, las cosas mejorarán; de lo contrario, por más reglamentos u obligaciones legales que se pongan, seguiremos igual.

Este respeto a la dignidad del hombre comienza antes, comienza en la escuela y la familia. La ley o las reglas escritas de conductas y obligaciones son sólo un paliativo si no se empieza por la formación de valores de la conducta, que, en un marco de voluntad libre y responsable, oriente dichas conductas hacia el bien, y una expresión de ese bien es el ofrecer información al enfermo para que éste comprenda y acepte el tratamiento. Es un tema cultural.

En la R.M.P. el modelo tradicional ha sido el “Activo-Pasivo”. El médico toma decisiones y actúa sobre el paciente. Una superación de ese esquema es el de “Cooperación-Guía.” Aquí el paciente busca y solicita una atención médica a quien aparece frente a él en situación asimétrica, pero busca una guía y está dispuesto a cooperar en la realización de las indicaciones médicas, *porque para algo concurrió a la consulta, confiado en el lugar donde se atenderá o en quien lo haga.* Esto último es fundamental en un consentimiento tácito.

Existe comúnmente una “transferencia de la responsabilidad en la toma de decisiones desde el paciente al médico”(6). En un modelo “Participativo”, cabe una responsabilidad compartida asimétrica en la toma de decisiones y una mutua interdependencia en la continuidad de la relación terapéutica. En este modelo se pone énfasis en la educación del paciente. Es válido no sólo para los pacientes crónicos. Responde a una antiquísima concepción de la relación médico-paciente, una concepción educativa médica para conservar y procurar la salud, propia de la medicina Hipocrática considerada como Paideia, parte integrante de la cultura general y de la educación de los ciudadanos(7). Lo que se busca es incorporar al paciente en un proceso activo en la toma de decisiones, no sólo en una puntual, sino con sentido integral en todo el tratamiento y en sus medidas y hábitos para cuidar la salud .

Es importante que la experiencia del médico bien formado en su ciencia y en su arte, perciba los aspectos sutiles como el paciente “vive” su enfermedad; por eso hablamos de paciente, “el que padece”, no el consumidor o el cliente. La forma de padecer varía según aspectos cognitivos, culturales, étnicos, afectivos, etc. No hay enfermedades, sino enfermos.

Quiero destacar mi preocupación por el esquema “contractual” propio de los actos médicos modernos, tanto por parte de corrientes de pensamiento bioeticista, como de orientaciones médico legales o propias del Derecho; creo que nos puede llevar a una actitud reduccionista, concepto limitado de la R.M.P.; atendible para la interpretación jurídica, pero no para una visión holística médica. La interpretación de la R.M.P. es conveniente hacerla superando lo meramente contractual que puede abordar el Derecho. Es una forma diferente que implica, no sólo un convenio objetivo, sino una dosis subjetiva importante. Para ello dos palabras inglesas y su interpretación por bioeticistas norteamericanos, pueden orientar.: “Covenant” y “Trust”

Tanto E. Pellegrino (8) como, en otra posición, T. Engelhardt, insisten en el tema de la “Confianza”. “La confianza es el aglutinante de la estructura sanitaria. El paciente desnuda su cuerpo y su alma ante el médico, y éste lo trata en todos los momentos vulnerables de su vida” (9). Esto implica también el secreto, la confidencialidad. “Trust” también tiene que ver con responsabilidad. El médico pasa a ser “fideicomiso”, depositario de confianza, “administrador fiduciario” nada menos. (diccionario Collins-Noguer.) “Covenant” es alianza, pacto, convenio entre dos o más personas. Lo más importante es que “en virtud de lo cual se crea entre ellas una obligación a cuyo cumplimiento puede ser compelido”; puede ser “consensual” por el sólo consentimiento.

Ésta es la clásica interpretación de Pellegrino sobre la R.M.P., al ser una Alianza, es un contrato o pacto tácito, aunque no sea explícito; surge naturalmente en la consulta, la alianza es un aspecto importante de la interpretación, efectuada por voluntad y en libertad, es decir con facultad de obrar de una manera u otra, o de no obrar; por lo que es responsable de sus

actos; la libertad incluye la obligación de decir o hacer todo lo que no se oponga a las leyes o las buenas costumbres; y si es responsable, quiere decir que está obligado a responder por algo.

Las precedentes reflexiones procurar llevar el tema del C.I. dentro de una concepción ética que fluye naturalmente en la consulta clínica. No es un accesorio o formulario con cierto discutible valor legal, o un procedimiento independiente; es parte de la consulta, es parte de la Historia Clínica correcta, que surge de una anamnesis inteligente para discernir el diagnóstico y tratamiento; relación de confianza mutua donde el paciente, que es parte del pacto tácito, está también obligado a informar correctamente. Tácito es “que no se entiende, percibe, oye o dice formalmente; sino que se supone o infiere, como si se expresara claramente, por algunas razones que lo persuaden”, así como Implícito es “que se sobreentiende incluido en otra cosa sin expresarlo” y Explícito es lo “que expresa clara y determinante una cosa”.

Hemos usado los adjetivos con los cuales Pio XII se refiere a “los derechos” que el paciente da al médico, quien de otra forma no tiene poder. De ellos, sólo “explícito” puede corresponderse con un C.I. escrito y firmado. Cada vez que un paciente asume una decisión, haya sido mal o bien informada; acepta tácita e implícitamente la responsabilidad de adoptarla. También T. Engelhardt hace referencia a éste enfoque.

Insisto en el objetivo formativo del médico en este tema. Se debe insistir en la necesidad de una buena relación médico-paciente, ésta incluye el diálogo, una interacción de información, preguntas y respuestas, una alianza, un pacto que implica una participación en la conducta terapéutica emanada de su comprensión. Todo ello procura y conforma un consentimiento tácito del paciente para adoptar una decisión. El complemento es el C.I. escrito y firmado, que no siempre deberá ser una obligación.

Al desarrollar un modelo con contenidos mínimos deberá ser cuidadoso de no ser demasiado abarcativo, erudito, complejo difícil de entender. Algunos trabajos proponen 70 u 80 tipos adaptados a distintas patologías o exámenes

diagnósticos (10), otro ya citado propone 35 extensos documentos para consentir en intervenciones quirúrgicas (11); otros son farragosos, de difícil lectura para el paciente, largos, de varias páginas, algunos son traducciones del inglés, eruditos; corresponden a investigaciones farmacológicas en seres humanos o a protocolos de investigación en oncológica clínica, o a métodos de diagnóstico invasivos o cardiovasculares, o aquellos que proponen que durante la investigación la mujer, sujeto del protocolo experimental, no debe quedar embarazada. Los pacientes firman resignados sin leer o sin comprender, azorados ante el documento que se les pone a la vista, asustados por las complicaciones y eventualidades que deben conformar con su firma.

Habría que hacer un trabajo de investigación sobre la opinión, reacción, comprensión, actitud, etc. de los enfermos colocados ante la disyuntiva de firmar y someterse a un tratamiento, o no llevar a cabo el mismo. Además, ¿Cuánto se puede escribir y hacer firmar sobre la “*verdad tolerable*” explicada previamente a un paciente oncológico para un tratamiento farmacológico, o una gran cirugía mutiladora? La virtud de la prudencia debe orientar éstas prácticas administrativas. Temo se pueda caer en excesos, o en situaciones ridículas, o en fariseísmos formalistas. Insisto en que, el C.I. firmado debe ser un complemento de una correcta comunicación del médico al paciente, ponderada por el primero en función de su experiencia en qué, cómo y cuánto informar a un paciente como persona individual.

Hay una serie de sutilezas difíciles de exponer o generalizar, derivadas de la calidad intelectual y el nivel cultural del interlocutor enfermo. Las características de la población no admiten generalizaciones. Cada realidad es diferente en las distintas regiones, barrios, hospitales, clientela, origen étnico, sexo, educación, escolaridad, etc., etc. Por otra parte, debe quedar claro que “El consentimiento del enfermo a ser sometido a una práctica médica, si de ella surge un daño culposo, no lo eximirá de responsabilidad” al médico (12). No consideramos en ésta presentación ni el tema de las urgencias, ni el de los niños y adolescentes.

Para terminar, quiero referirme a algunas publicaciones de miembros de la Asociación Argentina de Cirugía sobre la nuestra realidad. Es una forma de

poner de manifiesto la preocupación e interés por el tema en particular, y por la ética en general, por parte de una corporación de especialistas en cirugía. La primera a tener en cuenta data de 1988, mantiene plena actualidad y está incluida en el relato oficial del Congreso Argentino de Cirugía titulado *Responsabilidad ética y jurídica del cirujano* (13).

Existen dos trabajos basados en encuestas, cuyas recomendaciones y comentarios citaremos parcialmente sacados de contexto. Uno, titulado *Consentimiento Informado. ¿dilema ético o legal?* (14), publicado en 1999, y otro del año 2000: *Consentimiento informado: opinión de una comunidad hospitalaria y de Académicos de Cirugía* (15). En el primer trabajo se convocó a 166 entidades públicas o privadas, con más de 50 camas, donde se hacía cirugía. Sólo contestaron 55, universo sobre el cual se desarrolló la investigación. En el otro trabajo citado se consideró la opinión de 773 personas, de las cuales 232 eran médicos, 103 estudiantes de medicina, 117 enfermeras, 148 pacientes internados y 67 Académicos de Cirugía. El objetivo de ambas investigaciones era definir contenidos mínimos, metodología de aplicación, validez legal, legitimidad y utilidad del proceder. Se procuraba conocer los deseos del paciente de ser informado acerca de su enfermedad, tratamiento, riesgos, beneficios, etc. Algunos aspectos destacados de ambas publicaciones son:

- En la mayoría de los centros desestiman o subvaloran el formulario predeterminado de CI, si bien reconocen que dicho formulario escrito es conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles.
- Debe ser directo, breve y de lenguaje simple. No debe superar el nivel de educación primaria.
- Debe contener el diagnóstico, tratamiento propuesto, consecuencias, riesgos y secuelas de la integridad física.
- Debe explicar el tipo de anestesia.
- Debe hacerlo firmar el Jefe del equipo o el médico tratante.
- Debe quedar constancia de comprensión y conformidad.
- La mayoría de los consultados desean conocer la verdad acerca de su enfermedad, las opciones diagnósticas y terapéuticas.

- No debe condenarse a la verdad a quien no desea conocerla.
- Aparece como beneficioso para médicos y pacientes.
- Se detectan defectos imputables a la comunicación
- El 73% de los enfermos hospitalarios desconoce quien es su médico de cabecera.
- Menos del 2% de los médicos reconoce no informar nunca.
-

Se pone de manifiesto la existencia de participantes interesados en éste tema, que trascienden la consulta médica, el diálogo íntimo entre médico y paciente, pero que son presencias ineludibles. “El tercer participante” que considera los aspectos económicos del gasto, un “cuarto” la presencia de los abogados , un “quinto” las compañías de seguros.

·

Uno de los comentaristas a uno de los trabajos dice: “Estos tres participantes no han hecho el juramento hipocrático, ni han vivido entre el dolor de los enfermos y de sus familias, ni sienten lo que es la relación cirujano-paciente; porque nunca han tenido que tomar decisiones durante una operación o un postoperatorio complejo. Fue así que surgieron consentimientos más complejos, con más implicancias legales que éticas, porque si es un paso obligatorio tiene carácter legal, y si fuera por ética es suficiente la palabra, porque el acto médico surge de una confianza en un médico de conciencia, cuyo honor y palabra son suficientes”.

·

Es preferible que el CI escrito y firmado, sea breve, claro, prudente, que no asuste o atemorice al paciente. Se recomienda para quienes trabajan con series grandes de enfermos, la ratificación escrita de la información oral. Nada podrá reemplazar a la comunicación e información correcta y honesta en el diálogo interpersonal del médico al enfermo.

·

Es útil e indicado en caso de enfermos descontentos, desconfiados, querellantes, etc. y en Instituciones hospitalarias multitudinarias, públicas o privadas, y cuando se presume la actuación de médicos deficientemente formados.

Debe definirse el real valor legal del CI escrito y firmado.

CONCLUSIÓN

En síntesis. Considero que el Consentimiento Informado es un componente natural de una correcta relación médico paciente, es la expresión de una mutua relación como pacto, tácito o implícito; que, en nuestro medio y ambiente cultural, por razones administrativas con ciertos visos legales, se hace explícito y firmado; dejando la salvedad que no exime de responsabilidad o culpa si hubo impericia, negligencia o imprudencia.

Insisto en que constituye una práctica virtuosa desde el punto de vista ético, que debe ser difundida en la enseñanza de pregrado y con el ejemplo de los docentes clínicos. Es esencial en la formación del alumno o durante la residencia. Es expresión del respeto a la dignidad del interlocutor como persona, de respeto a su integridad y a su capacidad de discernir, comprender y participar en la decisión, o no. Es parte sustancial de la secuencia de la historia clínica y de la indicación terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

1. Poggi, V.L. *Comentarios sobre el consentimiento informado*. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina CAEEM N° 1. Mayo 2002:109-113.
2. Gramatica, L.(h) y colaboradores. *El consentimiento informado en medicina. Aspectos éticos y jurídicos. Teoría y modelos*. Bs.As., Asociación Argentina de Cirugía, 2001.
3. Engelhardt. Tristan H. *Los fundamentos de la bioética*. Cap.VIII. Consentimiento libre e informado. Barcelona, Paidós, 1995.
4. Rabinovich-Berkman, R.D. *Actos jurídicos y documentos biomédicos*. Cap.XIII-XIV. Bs.As., La Ley, 2004
5. Pio XII. *Discurso a los participantes del Iº Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso*. 13-9-1952. *Pio XII y las Ciencias Médicas*. Bs.As., Guadalupe, 1961, pp 127-129.
6. Lavados, M y Seriani A. *Ética Clínica* Cap.3º. Relación médico paciente y participación informada. Santiago, Universidad Católica de Chile, 1993.
7. Jaeger W. *Paideia*. Capítulo La Medicina Griega. Mexico, FCE, 1967, pp 783-829.
8. Pellegrino E. y Thomasma D. *For the patient's good*. Cap.4º. Beneficence in trust. N.Y., Oxford University Press, 1988.
9. Engelhardt T. *Obra citada*.

10. *El consentimiento informado*. Cuadernos de Bioética. Santiago de Compostela. Vol.IX, N° 33. 1988.
11. Gramatica *Obra citada*
12. Poggi. *Obra citada*
13. Sanguinetti F. *Responsabilidad ética y jurídica del cirujano*. Relato LIX Congreso Argentino de Cirugía. 1988
14. Rodríguez Martín J. y colab. *Consentimiento informado. ¿Un dilema ético o legal?*. Rev. Arg. Cirugía. 1999; 77:229-241
15. Manrique J.L. y colab. *Consentimiento informado: Opinión de una comunidad hospitalaria y de académicos de cirugía*. Rev. Arg. Cirug. 2000; 78: 105-117