

Trabajo original

El consentimiento mediante informaciónHéctor Fernández Varela Mejía,¹ Gabriel E Sotelo Monroy¹¹Comisión Nacional de Arbitraje Médico**Resumen**

El consentimiento bajo información es la manifestación del derecho a la autodeterminación del paciente, a su vez, para que el médico pueda ejercer su derecho prescriptivo, tiene la responsabilidad ética y legal, en todo acto médico de informar previamente al paciente, sobre el estado de salud, los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, las probables complicaciones, y el pronóstico de la enfermedad.

El médico en el ejercicio de su profesión, tiene la responsabilidad de conocer la naturaleza del consentimiento bajo información, para obtenerlo de acuerdo a la situación del paciente y el propósito de la intervención médica o quirúrgica, basado en un diálogo cordial y respetuoso con el paciente, a fin de establecer una adecuada relación entre ambos, y propiciar una mejor calidad en la atención médica.

Palabras clave: *Consentimiento bajo información, relación médico-paciente.*

Summary

Consent through information is the patient's right to auto-determination. It is also a legal and ethical requisite for the physician to act his prescription right. Information should include statements on the health situation, risks and benefits expected, nature of the proposal, possible complications and prognosis.

Consent should agree with the patient's situation and the proposed intervention, and should be obtained through a cordial and respectful dialogue which also enhance an adequate doctor-patient relation and provides a better quality medical care.

Key words: *Consent, information, patient-physician relation.*

El consentimiento previa información es uno de los derechos fundamentales del paciente, basado en el principio de autonomía terapéutica, que debe observarse en toda atención médica y durante todo el tiempo que ésta dure.

Es un factor que tiende a equilibrar el derecho prescriptivo del médico con el derecho terapéutico del paciente o su repre-

sentante, ya que ambos son responsables de la vida y de la salud como bienes fundamentales del ser humano (Sgrecia E. 1996).

A pesar de las aportaciones sobre los derechos del paciente en los campos de la ética médica y del sistema jurídico, en la práctica médica actual aún es objeto de debate la conveniencia de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas. Las opiniones se dividen en dos grupos: los que consideran que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del paciente, dejando como algo secundario su participación y, por el contrario, los que piensan que el valor principal es el respeto a la decisión del paciente, aunque, en ocasiones sus decisiones no propicien su bienestar (Lara MC, De la Fuente JR, 1990).

La relación médico-paciente y el consentimiento previa información

El consentimiento previa información cobra gran relevancia, si consideramos que la relación médico-paciente, necesaria en todo acto médico, suele estar limitada por la asimetría de información y conocimiento entre el paciente y el médico que conoce la forma de resolver el problema (Bloom S, Wilson R. 1979). Esta limitación tiene varias explicaciones: En muchos casos la información misma es el producto esperado de la consulta al médico; algunos enfermos sufren enfermedades poco frecuentes o que amenazan a tal grado su vida, lo que les dificulta obtener información para guiar sus decisiones; la ignorancia sobre los aspectos técnico-científicos de la medicina suele dejar la mayor carga de la decisión al médico, dando lugar a lo que en economía se llama la "demanda inducida por la oferta"; así también, los mitos y creencias sociales sobre el proceso salud-enfermedad y en sí el papel que asume el enfermo, puede disminuir temporal o permanentemente sus capacidades cognoscitivas y volutivas para actuar autónomamente.

Cabe aclarar, que el paciente es responsable de su vida y de su salud, pero moralmente no tiene la facultad de manejarlas en forma arbitraria, sino que su deber es salvaguardar su propia vida y promover su salud. Por su parte, el médico es el profesionalista aceptado por el paciente para ayudarlo a cum-

plir con dichos fines. El pacto o contrato que se establece, requiere del diálogo para unir las dos conciencias frente a un bien que trasciende a ambos: la vida y sus valores (Sgrecia E. 1996).

Este diálogo tiene una triple finalidad: informativa, terapéutica y decisoria. La primera, hay que entenderla en sentido dual e interpersonal, que obliga a informar al paciente sobre las verdaderas condiciones de su salud, pero preservando la confidencialidad. La finalidad terapéutica, propone los medios para lograr la curación, y a su vez, incluye el efecto terapéutico que el mismo diálogo tiene para el paciente. Por último, el diálogo, alcanza un significado ético y legal en la toma de decisiones y es precisamente en este ámbito que se plantea el problema del consentimiento, ya sea implícito o explícito según las circunstancias y el marco ético-legal (Sgrecia E. 1996).

También es necesario considerar que la relación médico-paciente, no es una relación única y estática, sino un encuentro complejo y progresivo hacia niveles cada vez más altos y cada vez más ricos, que está determinada por varios factores. Para facilitar la explicación de esta situación, se toma como base la propuesta de Szasz-Hollender, sobre el modelo de relación médico-paciente, que analiza las implicaciones conductuales más comunes causadas por síntomas orgánicos (Bloom S, Wilson R. 1979), de acuerdo a la tipología siguiente:

- **Actividad-pasividad.** Se observa en las emergencias con lesiones severas, coma, delirio, etc. El médico asume un papel activo al hacer lo apropiado para el paciente, quien se mantiene desvalido.
- **Asesoramiento-cooperación.** Se origina en situaciones menos desesperadas o apremiantes como los procesos infecciosos. El médico le dice al paciente qué hacer, y éste obedece las instrucciones.
- **Participación mutua.** Se origina en la mayoría de las enfermedades crónicas. El médico ayuda al paciente y él participa en el proceso terapéutico. Es el prototipo de una relación entre adulto y adulto.

En los dos primeros tipos de relación, la conducta del médico se orienta hacia los resultados de la atención, subordinando el principio de autonomía al de beneficencia del paciente, en que el paternalismo del facultativo sólo sería criticable cuando no se alcanzaran los beneficios deseados. Es claro, que algunas personas cuando están enfermas prefieren ser tratados paternalmente y por consiguiente, se ponen a las manos del médico; en estos casos el ejercicio de la autonomía suele ser más una fuente de frustración y de ansiedad que de satisfacción. En el tercer tipo, la ética está orientada hacia la acción y no a los resultados del acto médico, es decir, el punto de referencia es el respeto al paciente y al ejercicio de su autonomía, esto significa que debe solicitarse su consentimiento

para cualquier intervención propuesta y evitarse toda forma de coerción (Lara MC, De la Fuente JR. 1990).

Suele ser posible que durante el proceso de la atención médica, un paciente entable varios tipos de relación con el médico, ya que dependerá de la enfermedad del paciente y de su gravedad, así como la percepción de éste sobre la misma, pero en todo caso el médico tiene que adoptar la más adecuada a la situación, sin dejar de tener presente el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad.

Antecedentes

Los antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento bajo información se encuentran en la Declaración de Filadelfia (1773), donde se establece “el derecho de las personas a la vida, a la libertad y a la propiedad”; en 1803 la Etica Médica de Thomas Percival, señala que el médico debe asegurarse de que el paciente y sus allegados tengan la información suficiente sobre el estado del enfermo, a fin de proteger los mejores intereses del mismo (Galán JC, 1996).

Después de la Segunda Guerra Mundial, se inició un gran movimiento a favor de los derechos fundamentales del hombre que, en el campo de la medicina tuvo dos grandes fuentes de contribución: La Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948); y el Código de Nuremberg (1947). Posteriormente, la Declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio (1975), Trieste (1983) y Hong Kong (1989), dan relevancia al sujeto humano como agente autónomo, libre y responsable para decidir su participación en experimentos médicos.

Siguiendo este principio, en el seno de la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, se aprobaron: El Código Internacional de Etica Médica (Londres 1949, Sidney 1968); la Declaración de Ginebra relativa al Juramento de Fidelidad Profesional del Médico (Ginebra 1948, Sidney 1968); y la Declaración sobre los Derechos del Paciente (Lisboa 1981, Bali 1995) que, de acuerdo a su vinculación con el tema que nos concierne, se resume a continuación:

- **El derecho a la libre elección.** El paciente puede elegir y cambiar a su médico y/o unidad médica; y tiene la libertad de pedir una segunda opinión a otro médico.
- **El derecho a la autodeterminación.** El paciente puede autorizar o rechazar someterse a procedimientos médico-quirúrgicos en cualquier momento (libertad terapéutica), basado en información clara y suficiente sobre su padecimiento, la intervención propuesta y el pronóstico. Así mismo, el paciente puede decidir participar o no en la investigación o enseñanza de la medicina. En casos excepcionales se pueden llevar a cabo procedimientos en contra de la voluntad del paciente, cuando el médico lo juzgue indispensable y siempre y cuando esté permitido por la ley y siguiendo los principios de la ética médica.

- El derecho del paciente inconsciente. Cuando el paciente no pueda expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal. En ausencia de éste y en caso de urgencia, se debe considerar las expresiones o convicciones previas del paciente, y no obstante el médico debe tratar de salvar siempre la vida del paciente.
- El derecho del paciente legalmente incompetente. Si el paciente es un menor de edad o un adulto incompetente por otra razón, es necesario el permiso de un representante legal. No obstante, el médico debe involucrar al paciente en la decisión brindándole explicación de acuerdo a su capacidad. Cuando el paciente legalmente incompetente sea capaz de tomar decisiones racionales, se deben respetar sus decisiones, o si el representante legal prohíbe la intervención que según el médico es en el interés del paciente, el médico puede desafiar tal determinación.
- El derecho a la información. El paciente debe recibir información sobre su estado de salud, de manera apropiada para que pueda ser comprendida. Excepcionalmente se puede denegar información al paciente, cuando se considere que el conocerla puede poner en peligro su salud o su vida.
- El derecho a la confidencialidad. Toda la información sobre el paciente debe ser confidencial, incluso después de la muerte. Esta información sólo se puede proporcionar a otros profesionales de la salud que intervengan en la atención, pero sin dejar de proteger los datos personales e identificables. También se puede facilitar la información confidencial si el paciente da su permiso, o cuando por ley se exija expresamente.
- El derecho a la educación para la salud. Considerando que cada uno es responsable de su salud, es necesaria la educación sobre hábitos y estilos de vida saludables, métodos para prevenir y detectar enfermedades, así como en la utilización de los servicios de salud.
- El derecho a la dignidad. Deben ser respetadas la dignidad e intimidad del paciente, al igual que la cultura y los valores de la persona.
- El derecho a la asistencia religiosa. El paciente tiene derecho a recibir o de negar la ayuda espiritual y moral incluso la de un ministro de la religión que profese.

En resumen, esta declaración hace énfasis en que el paciente debe recibir una atención médica de calidad, con pleno respeto de su dignidad e intimidad, recibir información suficiente y necesaria para basar sus decisiones terapéuticas, y que los datos sobre su persona serán tratados de manera confidencial.

Por otra parte, en la legislación mexicana, el Código Civil para el Distrito Federal incluye la definición de las personas físicas y las restricciones de la personalidad jurídica sin menoscabo de la dignidad (Art. 22, 23 y 24. CCDF, 1932); los criterios de preferencia sobre los representantes cuando por sí mis-

ma una persona no pueda ejercer sus derechos (Art. 414, 450 y 461. CCDF, 1932); la definición de consentimiento y sus vicios en la celebración de contratos, en el contexto de la teoría de contratos (Art. 1794, 1795, 1803, 1812. CCDF, 1932).

La Ley General de Salud, y los Reglamentos en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de Investigación para la Salud, y de Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos establecen en relación con el consentimiento bajo información lo siguiente:

- La obligación de todo profesional para proporcionar al usuario, o representante, información completa sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento (Art. 29, RPSAM, 1986).
- Que en caso de investigación debe prevalecer la protección de los derechos y el bienestar de las personas (Art. 13, RIS, 1986).
- Se define el consentimiento informado (Art. 20, RIS, 1986).
- Los titulares para otorgar el consentimiento (Art. 100, 315 y 316. LGS, 1984).
- Las intervenciones que requieren del consentimiento informado escrito (Art. 100, 324, LGS, 1984; Art. 80, 81, 83, 119, RPSAM, 1986; Art. 14, RIS, 1986; RDOTCSH, 1985).
- Las formas del consentimiento bajo información (Art. 82, RPSAM, 1986; Art. 21, RIS, 1986; Art. 24 y 26 RDOTCSH, 1985).
- Los casos de excepción para prescindir del consentimiento (Art. 81 RPSAM, 1986; Art. 23, RIS, 1986; Art. 27, RDOTCSH, 1985).
- Y las sanciones por incumplimiento o vicios en la obtención del consentimiento bajo información (Art. 418, 420, 421, 465, 466, LGS, 1984).

Concepto y naturaleza del consentimiento bajo información.

En el Código Civil para el Distrito Federal, se establece que el consentimiento puede ser de dos formas: expreso cuando se manifiesta verbalmente o por escrito; y tácito, cuando resulta de hechos o actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente (Art. 1795, 1803 y 1812. CCDF, 1932).

En el derecho sanitario mexicano en materia de investigación para la salud, se define como consentimiento informado “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso el representante legal, autoriza su participación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna” (Art. 20. RIS, 1986).

Así mismo, en la recientemente expedida Norma Oficial Mexicana sobre el Expediente Clínico se define a la carta de consentimiento bajo información, como al documento escrito, signado por el paciente o su representante legal, mediante la cual se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios (NOM-168-SSA 1-1998).

Para resumir, si bien el facultativo tiene la capacidad de ejercer su derecho prescriptivo en beneficio del paciente, esto no lo exime de la obligación de proporcionar la información suficiente, clara, precisa y comprensible sobre el estado de salud del paciente, las posibles alternativas terapéuticas, sus beneficios y riesgos y el pronóstico de la enfermedad. En cualquier circunstancia, ya sea de manera expresa o tácita, el paciente puede ejercer su autodeterminación para aceptar o rechazar la intervención propuesta (libertad terapéutica), para pedir una segunda opinión, o incluso declinar su consentimiento en cualquier momento.

El profesional de la salud debe tener presente que, según lo prescrito por el Código de Nuremberg, el consentimiento consta de tres elementos: la información, la libertad y la competencia. El deber de información del médico, tiene que incluir contenidos tanto subjetivos como objetivos: Entre los primeros se debe ponderar el nivel cultural, la edad y situación personal, familiar y social del paciente, con el fin de que pueda comprender el acto médico y sea capaz de tomar los riesgos inherentes a su decisión; en los segundos, se debe evaluar la urgencia y gravedad de la enfermedad, la necesidad del tratamiento, la peligrosidad o novedad del procedimiento, y la posible resistencia del paciente a recibir información. La libertad de aceptar o rechazar el tratamiento, se puede ejercer en cualquier momento del proceso de la atención. En cuanto a la competencia, es necesario valorar si el paciente es capaz de ejercer sus derechos, o requiere hacerlo a través de un tercero. En este último caso, también se debe valorar si el representante actúa en el interés y beneficio del paciente.

La naturaleza del consentimiento informado está configurada por cuatro elementos básicos (Galán JC. 1997), que dan respuesta sucesiva a las interrogantes de: **qué, quién, cómo, y cuándo.**

QUÉ: El objeto del consentimiento. Cuando el médico aconseja a un paciente someterse a una intervención concreta y éste otorga su consentimiento, se establece entre ambos un verdadero contrato, en el que el enfermo autoriza al médico a intervenir en los términos pactados (Galán JC. 1997). Ello debe ser así, salvo que se trate de supuestos extraordinarios que resulten vitales e inaplazables para el bienestar del enfermo.

El objeto del consentimiento informado debe establecerse con claridad, y puede ser dado para intervenciones médicas o quirúrgicas ajustadas a la *lex artis*, en que el profesional o

institución de salud son responsables de cumplir sus obligaciones de medios y de seguridad, y también, en algunos casos de resultados. Con ello, el consentimiento del paciente determina el campo dentro del cual puede desenvolverse la actuación médica.

De acuerdo al derecho sanitario y a la ética médica, es objeto del consentimiento bajo información tácito cualquier acto médico, pero se determina que el consentimiento debe ser escrito cuando el objeto o naturaleza del procedimiento sea cualquiera de los siguientes:

- La hospitalización del paciente.
- Los procedimientos con fines diagnósticos y terapéuticos considerados de alto riesgo.
- Los procedimientos de cirugía mayor y aquellos que requieren anestesia general.
- La amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación permanente de la persona.
- La ejecución de vasectomía y salpingoclasia.
- La fertilización asistida.
- La investigación en seres humanos aun con riesgo mínimo.
- La disposición de órganos, tejidos y cadáveres.
- La necropsia hospitalaria.

QUIÉN: El titular del consentimiento. El paciente, es quien ostenta el derecho a consentir o denegar el permiso para cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. Cuando se trate de un paciente sin la capacidad para ejercer su derecho de autodeterminación, el consentimiento informado se podrá obtener de los representantes siguientes:

- La pareja;
- Los padres cuando ejerzan la patria potestad;
- El tutor testamentario, legítimo o dativo;
- Abuelos paternos o maternos, o algún familiar en segundo grado;
- O quién determine la autoridad en ausencia de los anteriores.

Estas limitaciones de la autodeterminación, no excluyen el deber del médico de involucrar en lo posible al paciente en la decisión, explicando el propósito y alcance del acto médico, de acuerdo a las circunstancias del caso. De tal manera, que cuando surja un conflicto entre el representante legal y el menor de edad o adulto con discapacidad o incompetencia legal, pero que éste cuente con suficiente capacidad para tomar decisiones racionales, debe prevalecer la voluntad del paciente, e incluso, tiene el derecho de prohibir las informaciones a su representante por cuanto estamos ante un acto que afecta bienes como la libertad, la salud y la vida del paciente (Galán JC. 1997).

Si el representante no autoriza la intervención, ya sea por convicciones religiosas, culturales o sociales, pero que a criterio del médico es necesaria o urgente en el interés del paciente, el médico puede desafiar esta decisión a través de la autoridad civil, penal o sanitaria, según sea el caso. Por ejemplo, en la jurisprudencia argentina se plantea “que el padre de un menor que se niega a que su hijo sea atendido, fundado en motivos religiosos, está excediendo los límites de la patria potestad, ya que la convicción religiosa pertenece al progenitor y no al menor de edad, y por tanto, los jueces en ejercicio del patronato pueden impedir tales actos abusivos”.

Cuando la vida de un paciente inconsciente o incompetente legalmente estuviera en peligro, en tal forma que no fuera posible demorar la atención médica por el riesgo patente de muerte o daño irreversible, y no fuera posible localizar al representante, el médico puede actuar lícitamente amparado por el estado de necesidad, siempre y cuando analice la situación con otros dos profesionales y quede debidamente asentado en el expediente clínico.

En ocasiones, es necesario limitar las facultades de intervención ajenas como la de un representante e incluso de un médico, para obviar que un tercero, contra la voluntad del titular, decida por éste qué riesgos ha de asumir o a qué bienes ha de renunciar. Como señala un jurista, “nadie puede dar o renunciar lo que no tiene” (Bueno F. 1986).

CÓMO: La forma del consentimiento. La responsabilidad recae sobre el médico, dado que para él resulta más fácil dejar constancia de los términos pactados (Galán JC. 1997; López-Muñoz G. 1998). La información por escrito puede ser discutible en los casos siguientes:

- Como requisito legal para evitar denuncias o demandas posteriores. En este sentido se puede argumentar que el paciente sabía a lo que se sometería.
- En situaciones de urgencia, puede suceder que ni el paciente a veces inconsciente, ni los familiares, habitualmente angustiados, tienen la capacidad suficiente para leer y comprender la información proporcionada por el médico (Lara MC, De la Fuente JR. 1990).
- Por la estructura y contenido de los formatos. En muchos casos las cartas de consentimiento bajo información suelen ser genéricas, ambiguas o simplistas en su contenido, y no precisan la intervención médica que se propone, o por el contrario, la estructura es tan compleja y llena de tecnicismos, que resulta de difícil comprensión para el paciente o sus familiares (Galán JC. 1997; Lara MC, De la Fuente JR. 1990).

Por lo anterior, los protocolos de consentimiento bajo información deben tener una estructura básica y complementarse específicamente para cada caso, atendiendo a las circunstancias, características del paciente y del médico, así como de

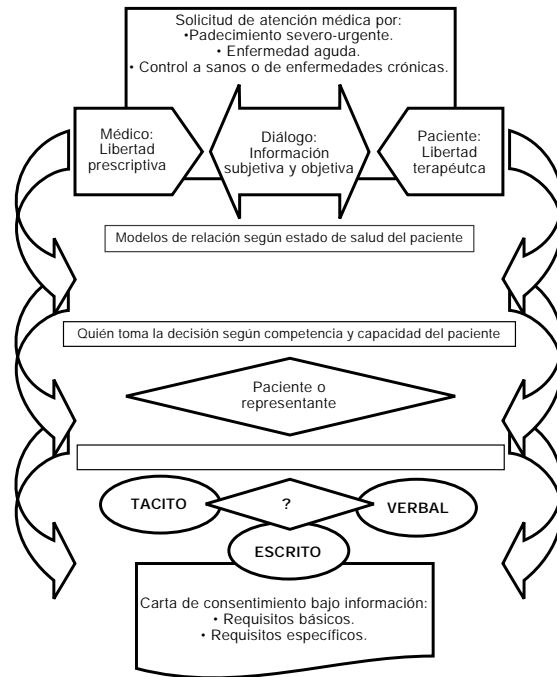


Figura 1. Modelo para el consentimiento bajo información.

la institución de salud (Galán JC. 1997; De Lorenzo y Montero R. 1999).

Si el consentimiento informado es una manifestación de la autonomía, es necesario que el paciente conozca, comprenda y aprecie su enfermedad, las alternativas terapéuticas y los riesgos que éstas conllevan. Para ello, en el derecho sanitario se establecen los casos en que es necesario el consentimiento informado por escrito, y los supuestos en que puede ser tácito, como urgencias o riesgo para la salud pública.

En cualquier tipo de intervención, las cartas del consentimiento bajo información deberán contener como mínimo: la identificación de la institución de salud; el título del documento; el lugar y fecha; el acto médico autorizado; el señalamiento de los riesgos y beneficios esperados; la autorización para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado; el nombre y firma del médico responsable, paciente o representante y en su caso, de los testigos (Art. 82. RPSAM, 1986; NOM-168-SSA 1-1998). Seguimiento de los requisitos específicos, según el objeto y naturaleza del procedimiento médico o quirúrgico, de consentimiento bajo información establecidos en la ley sanitaria y sus reglamentos.

CUÁNDO: El tiempo del consentimiento. Al igual que los procesos de salud-enfermedad y de atención médica, la información para el consentimiento no puede ser estática ni concretarse a un momento determinado, sino que debe replanearse en diferentes momentos. El deber médico de informar

se inicia en el primer contacto con el paciente y perdura mientras éste siga bajo su cuidado, aun terminado el tratamiento (Galán JC. 1997; De Lorenzo y Montero R. 1999).

El consentimiento bajo información del paciente debe anteceder al acto médico que se pretenda realizar; es para un propósito específico, y es revocable en cualquier momento, sin sujeción a formalidad alguna.

Conclusiones

El consentimiento bajo información ha pasado de ser una forma de ejercer el principio de autonomía del paciente, para convertirse en un elemento de la *lex artis* de la medicina, que también ha sido incorporado en el sistema jurídico mexicano (Galán JC. 1997); es un mecanismo para proteger el derecho fundamental de libertad del paciente, pero sólo será válido cuando el paciente fue debidamente informado y esté libre de coacción para aceptar o rechazar el tratamiento; y, también es un medio para evitar o resolver conflictos de intereses entre el médico y el paciente, o entre el paciente y su representante; aunque tiene su limitación cuando están en juego bienes superiores a la libertad como son la salud o la vida del paciente.

Según el modelo del consentimiento bajo información que se propone (figura 1), el médico debe valorar siempre la situación del enfermo y las circunstancias del caso, y guiar su conducta de acuerdo a los principios éticos de la profesión. Si bien el médico ejerce la libertad prescriptiva, por contar con los conocimientos y habilidades para resolver los problemas de salud del paciente, éste es una persona en toda su dimensión y tiene el derecho de aceptar o rechazar la intervención propuesta por el médico (libertad terapéutica). Para hacer efectivos estos derechos (prescriptivo y terapéutico), es necesario lo siguiente:

Que el médico establezca ante todo un diálogo con el paciente y, de acuerdo al estado de salud o de necesidad de este último, determinará el modelo de relación terapéutica. Sin embargo, el tipo de relación entablada al inicio de la atención puede variar según la propia evolución del estado de salud del paciente. El diálogo es fundamental para lograr una adecuada relación médico-paciente, y contribuye a la calidad y éxito de la atención médica.

Que el médico valore la competencia legal y capacidad física y mental del paciente, para determinar si es éste o su representante, quien deba ejercer su derecho a la autodeterminación.

Que el médico pondere; dentro del marco ético-legal vigente de la profesión, la condición del paciente y el objeto de la intervención, para decidir cuál es el tipo de consentimiento bajo información procedente: Tácito, verbal o escrito.

Cuando se requiera la carta de consentimiento bajo información, el médico responsable de la atención del paciente, debe elaborar el documento señalando los requisitos básicos y específicos de acuerdo al objeto de la intervención, y obtener la autorización ya sea del paciente o de su representante, previa información clara y comprensible de su contenido.

El médico debe tener presente que el consentimiento en cualquiera de sus formas, se obtiene para realizar un solo procedimiento médico o quirúrgico, y ante un distinto procedimiento se debe recabar el consentimiento procedente.

El paciente o su representante, tienen el derecho de aceptar e inclusive rechazar en cualquier momento la autorización otorgada, sin sujeción a formalidad alguna.

Referencias

1. Bloom S, Wilson R. Relaciones entre médicos y pacientes. En: Freeman H, Levine S, Reeder L. Handbook of medical sociology. Prentice-Hall, 1979.
2. Bueno F. El consentimiento del paciente. En: Martínez L. Derecho Médico. Madrid: Edit. Tecnos, 1986.
3. Código Civil para el Distrito Federal, 1932 (CCDF). 65ª. Edición. México: Editorial Porrúa. 1996.
4. De Lorenzo y Montero R. Consentimiento Informado. En: Gómez, JM, Sanz, FJ. Lecciones de derecho sanitario. España: Univer. Coruña. 1999.
5. Galán JC. El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Madrid: COLEX, 1997.
6. Gracia Guillén D. Ocho tesis sobre el consentimiento informado. Granada: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1994.
7. Lara MC, De la Fuente JR. Sobre el consentimiento informado. En: Sholle S, Fuenzalida H (Editores invitados). Bioética. Bol Of Sanit Panam 1990; 108 (5 y 6): 439-444.
8. Ley General de Salud, 1984 (LGS). 15ª. edición. México: Editorial Porrúa. 1998.
9. López-Muñoz G. En defensa del paciente. España: Dykinson, 1998.
10. NOM-168-SSA 1-1998. Del expediente clínico. México D.F. 1999.
11. Reglamento en materia de disposición de órganos, tejidos y cadáveres en seres humanos, 1985 (RDOTCSH). 15ª. edición. México: Editorial Porrúa, 1998.
12. Reglamento en materia de investigación para la salud, 1996 (RIS). 15ª. edición. México: Editorial Porrúa, 1998.
13. Reglamento en materia de prestación de servicios de atención médica, 1986 (RPSAM). 15ª. edición. México: Editorial Porrúa, 1998.
14. Sgrechia E. Manual de bioética. México: Univer. Anáhuac-Diana, 1996.