



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPÍTULO DE LIBRO

TEMA:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CAPACIDAD PARA DECIDIR: ÉNFASIS EN
AMÉRICA LATINA**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTORA: MSC. GABRIELA GEOVANNA MORALES ARIAS

AUTOR: LCDO. JEFFREY FERNANDO LASCANO ANGULO

QUITO, 2023

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estos de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Jeffrey Fernando Lascano Angulo

Cédula: 1715494058

Lugar y fecha: Quito, 11 de marzo de 2024.

DEDICATORIA

A mi Dios por su fidelidad hacía mí.

Dedico de todo corazón mi trabajo a mi madre, pues ella es la razón de mi ser, quién forjó mi carácter en aquellas noches de largas conversaciones, quién estuvo conmigo en todo momento, sin importar la circunstancia; quién sostuvo mi mano con paciencia y amor, y quien me brindó su más puro amor incondicionalmente. Ella es mi adoración, mi fuerza y mi fe.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, que siempre me brindó la fuerza para culminar con este trabajo. A mi familia, por su apoyo incondicional, su total comprensión y amor. Gracias infinitas a mi madre, quien fue mi sostén y felicidad en los momentos de gran necesidad, quien me brindó valor para continuar firme en este camino, quien no dudó de mí en ningún momento. A mi hermano, quien me acompañó desde el primer momento en el que ingresé a esta prestigiosa Universidad. A mi hermana por enseñarme lo que es disfrutar de la vida. A mi padre, por sus acertados consejos y palabras de aliento.

Asimismo, quisiera expresar mi gratitud a mi directora, la Dra. Gabriela Morales, su experiencia, comprensión y paciencia contribuyeron a mi experiencia en el complejo y gratificante camino de la investigación.

Gracias infinitas a esa persona que estuvo conmigo en las noches en las que, aún cansada, permaneció siempre junto a mí. No tengo palabras para expresar mi inmensa gratitud por su apoyo incondicional durante este viaje.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

DERECHOS DE AUTOR	2
DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS	4
ÍNDICE GENERAL.....	5
ÍNDICE DE TABLAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. METODOLOGÍA	10
3. DESARROLLO	11
Bioética y consentimiento informado.	11
Recorrido histórico del consentimiento informado.	14
Principios de la bioética	16
Relación Médico Paciente.....	18
El rol de la autonomía en el consentimiento informado.	19
Capacidad de elegir	22
Problemática en América Latina	25
Consentimiento informado y capacidad de elegir en América Latina.....	27
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	32
5. BIBLIOGRAFÍA.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Procedimiento para evaluar la competencia de un paciente.	19
Tabla 2. Norma regulatoria de algunos países latinoamericanos.	24

RESUMEN

El consentimiento informado es un documento ético, jurídico y legal en el que los individuos manifiestan su autonomía a través de la aceptación o rechazo a la participación en investigaciones clínicas o procedimientos y tratamientos médicos. Este instrumento se ha desarrollado a lo largo de la historia y se ha impuesto como un elemento fundamental en la atención en salud, evidenciando su importancia en grandes escritos como en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont. Su aplicación garantiza el cumplimiento del principio de respeto a la dignidad, así como a los derechos humanos.

La autonomía del paciente es el pilar ético que sustenta el “consentimiento informado”. Esta premisa fundamental faculta al individuo para decidir en base a sus creencias religiosas, políticas, características personales e ideologías. Este proceso se basa en un mecanismo de comunicación entre el médico y el paciente, culminando en la autorización o no de procedimiento en salud. Por lo tanto, es importante que el individuo tenga la capacidad de elegir convirtiendo el grado de competencia para tomar decisiones en un motivo importante de estudio y análisis.

El consentimiento informado se rige por normas, leyes y estatutos propios de cada región, país y cultura. En América Latina, el subdesarrollo de los países dificulta la adecuada aplicación del mismo, evidenciando uno de los desafíos de la bioética en esta región. Este texto se centra en proporcionar información relevante sobre el consentimiento informado y la capacidad de elegir con un enfoque en América Latina.

ABSTRACT

Informed consent is an ethical, legal and legal document in which individuals express their autonomy through acceptance or rejection of participation in clinical research or medical procedures and treatments. This instrument has been developed throughout history and has established itself as a fundamental element in health care, evidencing its importance in great writings such as the Nuremberg Code, the Declaration of Helsinki and the Belmont Report. Its application guarantees compliance with the principle of respect for dignity, as well as human rights.

Patient autonomy is the ethical pillar that supports “informed consent.” This fundamental premise empowers the individual to decide based on their religious beliefs, politics, personal characteristics and ideologies. This process is based on a communication mechanism between the doctor and the patient, culminating in the authorization or not of a health procedure. Therefore, it is important that the individual has the ability to choose, making the degree of competence to make decisions an important reason for study and analysis.

Informed consent is governed by norms, laws and statutes specific to each region, country and culture. In Latin America, the underdevelopment of the countries makes its proper application difficult, evidencing one of the challenges of bioethics in this region. This text focuses on providing relevant information on informed consent and the ability to choose with a focus on Latin America.

1. INTRODUCCIÓN

El mundo moderno y la práctica médica exigen al profesional en salud brindar toda la información necesaria para que el paciente esté en capacidad de elegir, consentir o rechazar procedimientos médicos, así como su participación en investigaciones clínicas con base a su voluntad y libertad de elección. La autonomía es la capacidad de autogobernarse, una competencia que les permite a los individuos actuar y decidir de forma razonada sobre su propio juicio moral y su apreciación personal. El principio de respeto se impone como una guía del ejercicio profesional en el ámbito de la salud, que, en conjunto con la adecuada aplicación del principio de autonomía, permite al paciente conocer, comprender y decidir sobre su futuro en función de su propio sistema de valores.

A lo largo de la historia, la humanidad ha contemplado la necesidad de disponer de una herramienta que permita el correcto ejercicio de la voluntad, libertad y autonomía del paciente: el consentimiento informado. Este documento constituye un instrumento que asegura el bienestar del enfermo validando sus derechos y protegiendo su autonomía, por lo tanto, es necesario comprender los fundamentos, normas y leyes que rigen al consentimiento informado.

El consentimiento informado es la aprobación racional del paciente frente a cualquier intervención, procedimiento o investigación en salud, por lo que después de un proceso dialógico, el individuo consentirá con respecto a los informado. Es en este contexto, que los profesionales en salud deben desarrollar las competencias necesarias para la comunicación efectiva, teniendo como resultado una mejor relación médico-paciente.

2. METODOLOGÍA

Investigación bibliográfica que incluye de manera exclusiva datos abiertos y/o públicos.

3. DESARROLLO

Bioética y consentimiento informado.

La palabra Bioética fue acuñada por Van Rensselaer Potter en 1970 (Mesa et al., 2022). Y aunque el término es relativamente nuevo, sus conceptos y descripciones tienen raíces antiguas. La Bioética se refiere a la aplicación de principios éticos en la práctica sanitaria, especialmente en el contexto de avances tecnológico-científicos y su impacto en la atención de la salud (Orellana & Guerrero, 2019).

El significado histórico de la bioética se destaca en un artículo llamado "Bioethics: Bridge to the future". En este texto, se plantea que la bioética implica dos ideas clave: que la supervivencia a largo plazo depende de la bioética más que de la ética tradicional, y que se necesita crear una política bioética como un camino hacia ese futuro (Pinilla Forero, 2022).

Bioética significa ética de la vida o ética de la Biología, del griego ethos, ética y Bios, vida (Mesa et al., 2022). Este concepto ha llevado a varios autores a plantearse diferentes interrogantes en cuanto a lo que la vida significa, quienes han llegado a considerar que el verdadero problema de la bioética está en definir a qué clase de vida se refiere. La bioética ha sido definida también como el estudio y análisis sistemático de la moralidad y sus dimensiones, incluyendo conductas, decisiones, visiones y políticas de las ciencias de la vida y atención en salud, aplicando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario (Arango, 2022).

La gran variedad de ideas, creencias tanto políticas como religiosas, que llevan a los conceptos de una sociedad actual, exige el respeto por todas las opiniones, posiciones y creencias. Esto ha ayudado a establecer derechos fundamentales del individuo en la sociedad como el derecho a la libertad y la autonomía. En consecuencia, es crucial entender que las perspectivas éticas varían según cada individuo y, por ende, son diversas (Arango, 2022).

La autonomía es reconocida universalmente como un principio de la bioética, por lo tanto, define la condición de los individuos que tienen poder para determinar las normas, leyes o estatutos a las que desean someterse. Este principio rompió con el esquema antiguo donde el médico era el único que podía decisiones, determinando el procedimiento a seguir en los diferentes casos, concepción conocida como paternalista (Serafim et al., 2022), modelo que persistió hasta mediados del siglo XX y que se ve evidenciado aún en muchos casos (Elio, 2021).

El concepto de consentimiento informado tiene sus raíces en la filosofía política, no en la medicina, surgiendo en los albores de la era moderna para luego, casi cuatro siglos después, ser adoptado en el ámbito médico (Piñero et al., 2018). En el año 1973, este concepto tomó un rol emblemático en la historia de la bioética. Hasta ese momento, los cambios económicos, los avances científicos en el ámbito de la salud y la creciente relevancia de los derechos humanos habían provocado conflictos éticos en el campo biomédico.

Fue en ese año cuando la Asociación Americana de Hospitales emitió la primera Carta de Derechos del Paciente (Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales, 1973) estableció el derecho fundamental de

los pacientes a recibir información completa sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, diagnósticos y tratamientos médicos propuestos, permitiéndoles tomar decisiones informadas. Este reconocimiento oficial del derecho individual del paciente a tener voz y elección en su atención médica, basándose en información clínica, marcó un punto de inflexión. Los pacientes fueron reconocidos como seres autónomos y libres, con la capacidad de decidir entre las opciones posibles. La influencia de esta carta fue trascendental, dando forma a un nuevo modelo ético conocido como "mentalidad autonomista" en las naciones democráticas (Elio, 2021).

Es preciso definir al consentimiento informado como una norma ética basada en el respeto a la autonomía de las personas y a su dignidad. Su objetivo es velar y asegurar el bienestar de los sujetos sea en un procedimiento o en una investigación en salud quien finalmente de está en la obligación de sobrellevar las consecuencias de sus decisiones. Para su efectividad, es necesario que uno de sus pilares sea el buen accionar del médico e investigador (Ferrero et al., 2019).

El impacto del concepto autonomía en el mundo ha generado grandes cambios en la medicina y en la investigación con seres humanos constituyendo un desafío para los profesionales, quienes deben adaptarse a las nuevas corrientes ideológicas.

Recorrido histórico del consentimiento informado.

La investigación en seres humanos se puede remontar a tiempos bíblicos, sin embargo, la preocupación por comprender si dicho estudio es ético o no, es mucho más reciente (Álvarez, 2018).

Es posible identificar tres etapas: la primera llegaría hasta 1900 y sugeriría que solamente se podía desarrollar una investigación si esta era fortuita o benéfica. La segunda etapa es denominada investigación consentida y probablemente es la etapa con mayor relevancia y cambio para la ética en la investigación y comprende desde 1900 a 1974. En esta etapa comenzó a evaluarse las condiciones con un completo conocimiento de las circunstancias del individuo, considerando su libertad de someterse a experimentos. La tercera etapa se caracteriza por la incorporación a la legislación de los principios de la bioética y se conoce como investigación regulada y se extiende hasta nuestros días (Galende, 2019).

A finales de la segunda guerra mundial, se elaboraron normas reguladoras para la investigación en humanos, debido a que durante este evento mundial se cometieron varios sucesos en contra de la ética y moral humana; las autoridades nazis permitieron desarrollar experimentos relacionados a programas militares en los campos de concentración, por lo cual, se elaboró un documento denominado el Código de Nuremberg que establecía una sucesión de principios para aplicar en investigaciones en seres humanos (Mendoza et al., 2023). El documento exige como primera obligación el consentimiento libre y voluntario del individuo lo que demanda que la persona esté en su total capacidad de elegir, tenga libertad de

elección y haya obtenido suficiente conocimiento sobre el objetivo, tiempo de ejecución y naturaleza de la investigación (Galende, 2019).

La Declaración de Helsinki (Asamblea Médica Mundial, 1964), propuesta por médicos en 1964, se convierte en otro documento de gran importancia tras el Código de Nuremberg. Este introduce las primeras sugerencias y recomendaciones para realizar investigaciones en seres humanos y fue aprobado por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial (Miranda & Villasís, 2019). Destacando entre sus principios fundamentales la necesidad de adquirir un consentimiento informado por parte de los participantes de procesos de investigación. En su versión más reciente elaborada en Fortaleza, Brasil en 2013, resalta la necesidad de contemplar los tipos de estudios a partir de muestras de origen biológico humano tomando en cuenta los avances tecnológicos en medicina y sus capacidades (Vera et al., 2020).

El Informe Belmont, creado en 1978 por una comisión designada por el Congreso Norteamericano, se erige como un tercer documento fundamental. Este informe, establece lineamientos internacionales, normas y leyes, define y aclara los principios de la bioética para investigación en seres humanos destacando entre ellos el respeto a las personas, la beneficencia y la justicia (Miranda & Villasís, 2019) (Piñero et al., 2018).

El principio de respeto a las personas dentro de este documento resalta dos convicciones éticas; la primera el reconocimiento de la autonomía y la segunda, que se requiere protección para aquellas personas cuya autonomía por cualquier circunstancia se encuentra disminuida (Informe Belmont, 1978). Actualmente, sigue

siendo una guía para la realización de investigaciones en seres humanos (Miranda & Villasís, 2019).

En 1979, Beauchamp y Childress articularon los principios de la ética biomédica a partir de este informe, los cuales no solo salvaguardan los derechos individuales de los pacientes, sino que también orientan el conjunto de prácticas sanitarias (Piñero et al., 2018). A pesar de esta trayectoria no es sino a partir de la década de 1990 que el consentimiento informado se transforma en un punto céntrico dentro de la atención sanitaria (Czernizer, 2020).

Principios de la bioética

El ser humano permanece en un constante debate entre diversos protocolos y procedimientos que tienen como objetivo restablecer su salud, además de diferentes tipos de investigaciones que tiene como fin mejorar su calidad de vida. En el ámbito hospitalario, diariamente se discuten y evalúan diferentes procedimientos y tratamientos con el objetivo de aplicar el que sea más beneficioso para el paciente. Además, se llevan a cabo numerosas investigaciones para obtener información científica que pueda contribuir a encontrar soluciones a las enfermedades. Por lo tanto, es esencial comprender y aplicar los principios bioéticos en todos estos casos (Concha et al., 2020).

Como se ha mencionado en 1979, Beauchamp y Childress publicaron un libro basado en el "Informe Belmont" que contenía un estudio de las principales corrientes éticas, virtudes que un profesional de la salud debe tener y los principios bioéticos (Rodríguez, 2022).

Los principios bioéticos son enunciados de los valores fundamentales que guían al profesional en la resolución de problemas con un enfoque particular (Ontano et al., 2021). Son normas que si se aplican de la manera correcta resolverán dudas y conflictos suscitados en la práctica médica basándose en el principio que más se aplica a la situación de salud implícita. Los principios propuestos por Beauchamp y Childress son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía (Rodríguez, 2022).

El principio de justicia es fundamental en cualquier sociedad independientemente de su contenido concreto. Se fundamenta en la conciencia de que todos los seres humanos poseen la misma condición de dignidad y derechos (Pérez, 2018). Demandando el bien común y, en el ámbito médico sugiere que la equidad en el trato con el paciente prevalezca sobre el beneficio individual o grupal en los procedimientos, intervenciones y tratamientos que se lleven a cabo (Santos, 2020).

La beneficencia constituye el núcleo de la práctica médica (Pérez, 2018). Tiene su enfoque en proteger y salvaguardar al sujeto de los riesgos, los cuales deben ser identificados claramente. Por lo tanto, este principio se basa en hacer el bien o aquello que es de beneficio para la persona siempre siendo adjudicado por el consentimiento del sujeto. Este principio también sugiere que toda investigación debe ser relevante y pertinente y que todo profesional que participe en ella, debe estar capacitado y ser competente (Miranda & Villasís, 2019).

El principio de no maleficencia tiene como fundamento el principio hipocrático de primum non nocere, es decir, “ante todo, no hacer daño”. Se basa en que ningún

acto médico que se realice, sea imprudente o intencionadamente, produzca daño, aunque sea solicitado por el paciente. En situaciones en las que el paciente no esté capacitado para decidir, este principio actuará como fundamento en la actuación del profesional (Dahl, 2020).

La autonomía se basa en el derecho de los sujetos morales a tomar decisiones desde la perspectiva individual de sus valores, principios y creencias personales sobre cualquier acción a realizar (Pérez, 2018). En el ámbito sanitario, el término autonomía se basa en el derecho que tienen los individuos para decidir sobre cualquier procedimiento médico según sus creencias personales. El consentimiento informado es la expresión más sublime que caracteriza este principio, sin embargo, en condiciones en las que el paciente no pueda ejercerla, el profesional deberá decidir acerca de la mejor opción de procedimiento para el paciente, por lo tanto, se deberá actuar en base al principio de no maleficencia (Dahl, 2020)

Relación Médico Paciente

En el siglo actual, la importancia del paciente ha transformado varios pensamientos que por mucho tiempo han dominado desde la época del paternalismo médico, donde el profesional era el actor más importante. Con el paso del tiempo, el cambio más notable en esta relación es el desplazamiento de la autoridad hacia el lado del paciente, reduciendo considerablemente la del médico (Elio, 2021). Por lo que en el presente se evidencia la evolución positiva que ha tenido esta relación, incluso siendo regulada bajo normativas legales, éticas y morales.

A todo esto, se suma la autonomía que las personas han ido desarrollando en el campo de la salud, ya que han adquirido una mayor conciencia de sus derechos. Por lo tanto, tienen una mayor determinación en la toma de decisiones en relación a su salud pese a las recomendaciones del profesional, ejerciendo su autonomía (Dahl, 2020).

También es importante analizar la repercusión que el dominio económico pueda tener sobre esta relación el cual crea un ambiente en donde se visualiza al enfermo como un objeto de lucro (Elio, 2021) y se evidencia en la brecha existente entre el servicio que ofrecen centros públicos y centros privados donde una buena relación muchas veces está motivada por la obligación a la institución, más que por el interés del propio del profesional, terminando en una costumbre poco ética.

El rol de la autonomía en el consentimiento informado.

La palabra autonomía, derivada del griego *αὐτονομία*, que significa "por sí mismo" y *νόμος*, "ley", implica regirse por normas propias (Sáenz, 2023). Esta capacidad permite a cada individuo elegir y prevalecer sobre influencias y pensamientos del entorno (Sáenz, 2023).

La toma de decisiones en salud se basa en los principios éticos de autonomía y respeto por las personas y estos tienen fundamentos en valores como la libertad, equidad, igualdad y dignidad, mismos que fueron producto de cambios culturales manifestados durante la revolución francesa y que se afianzaron como tales con la Declaración de Derechos y Deberes del Hombre en la Asamblea Nacional Francesa

en 1749. Posteriormente, en 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas expresó la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Buedo et al., 2023).

El ejercer el derecho a la autonomía se evidencia en la libertad de toma de decisiones del paciente por sí y sobre sí mismo, que se expresa en la exigencia de ser tratado como un ser independiente y responsable en su dignidad e integridad, apto para la deliberar y decidir (Báez et al., 2019).

Existen tres condiciones para que la completa autonomía del paciente se lleve a efecto. En primer lugar, la toma de decisiones no debe forzarse por lo que el individuo deberá ejercer su autonomía de forma libre y voluntaria. En segundo lugar, el ejercicio de la autonomía no se basa solamente en ser libre, más bien en la posesión de opciones reales y, por último, para que la autonomía resulte efectiva es indispensable que el paciente haya obtenido toda la información posible (Garay, 2017)

El consentimiento informado es el suceso más significativo, inestimable y trascendental de la relación médico-paciente ya que, en él, se formaliza el vínculo del cual derivan obligaciones y derechos de ambas partes; es la práctica y el ejercicio de la libertad humana y constitucional. El cumplimiento que conlleva su aplicación supone que se satisfaga las necesidades informáticas del paciente, que le permita conocer y comprender el procedimiento al cual se someterá (Hernández & Chahuán, 2021).

El consentimiento informado es la herramienta en la que el paciente manifiesta su autonomía por lo que se requiere brindar toda la información para

tomar una decisión fundamentada. Este consentimiento ha sido introducido a nivel mundial en el campo de la salud mediante normas, estatutos y leyes que regulan su uso (Tiol-Carrillo, 2021).

La toma del consentimiento informado es considerada un proceso de comunicación e información entre el paciente y el profesional, que termina con la negación o aceptación del paciente que en su capacidad elige libre y voluntariamente los beneficios, alternativas y riesgos del procedimiento al cual se considera someter (Báez et al., 2019). Para llevarlo a cabo, se requiere que el individuo esté legalmente facultado y tenga la capacidad para comprender, aceptar consciente, libre y voluntariamente, posterior a un análisis reflexivo, un procedimiento médico, sea terapéutico o diagnóstico, después de haber recibido toda la información necesaria (Hernández & Chahuán, 2021).

Es preciso preguntarse qué se debe hacer en los casos en los que el enfermo, con base a su condición, está impedido para ejercer su competencia para elegir basada en su autonomía. En estos casos, quién deberá hacerlo es quien legítimamente lo represente, que en algunas ocasiones puede ser los cónyuges entre ellos, los hijos, otros familiares por los adultos mayores, sin embargo, en los pacientes menos de edad existen algunos elementos a observar (Beca, 2017). En casos de emergencia en los que el paciente no está en capacidad de elegir y no se encuentre acompañado de ningún representante o tutor legal, es conveniente realizar el procedimiento que más beneficie al sujeto. El profesional deberá constatar su actuación en el expediente clínico (Tiol-Carrillo, 2021).

En el paciente pediátrico, se puede considerar que la edad en la que el individuo comienza a formar un pensamiento moral es entre los 10 y 12 años. Se estima que el individuo está en capacidad de elegir en el ámbito médico a partir de los 12 años, sin embargo, se sugiere que durante el proceso del consentimiento informado estén implicados los familiares del menor. En el caso de experimentación, investigación y ensayos clínicos es imprescindible contar con la aceptación del CI de los representantes legales hasta los 18 años. Se tiene que tener en cuenta la normativa específica de cada región, país y cultura (Boceta et al., 2021).

Capacidad de elegir

Desde tiempos antiguos, la capacidad de elegir ha fascinado a filósofos y pensadores, sin llegar a una explicación completa incluso en la actualidad. La elección, asociada con escoger y decidir, se refleja en la selección de líderes políticos, la conformación de comités o en las decisiones sobre la atención médica, los tratamientos y las condiciones de salud, respondiendo a necesidades individuales (Sáenz, 2023).

La palabra *capacidad* tiene connotación clínica y psicológica. Define las competencias y aptitudes psicológicas para adquirir derechos y asumir responsabilidades, por lo tanto, existen dos tipos de capacidad: la capacidad jurídica referente a la aptitud de un individuo para ser titular de obligaciones, así como de derechos desde que nace hasta su muerte y, la capacidad de obrar que es la aptitud de una persona para ejercer sus derechos y cumplir con sus obligaciones (Aguilar, 2022).

En la responsabilidad de decidir, la persona debe considerar las consecuencias de su elección, así como el bienestar de su entorno y la influencia que pueda tener en otras personas. Esto implica tener en cuenta principios éticos y morales, ya que el ser humano está condenado a ser libre. Al existir en el mundo, es responsable de todas las acciones que lleva a cabo (Sáenz, 2023).

En la ética médica, la incorporación y participación del paciente a través de los años, ha reformulado la noción y significado del término capacidad de elegir en la atención en salud (Hernández & Chahuán, 2021). Esta noción se incorporó en las décadas de 1960 y 1970 como una forma de regular la práctica médica, estableciendo requerimientos como el de obtener un consentimiento informado, basados en la capacidad de elegir tomando en consideración aspectos sociales, culturales, físicos y psicológicos de cada paciente basados en su propia condición (González, 2022).

El respeto a la autonomía se establece como principio y derecho básico del paciente y es uno de los fundamentos de la aplicación clínica por lo que antes de aceptar la decisión de un paciente, es imprescindible valorar si es competente o no para decidir por sí mismo (Dahl, 2020).

Sin embargo, ¿Quién está realmente capacitado para elegir? ¿Qué sujeto tiene la competencia para decidir? En medicina es preciso valorar la competencia ya que, si el paciente es competente, el resto de los principios bioéticos se puede aplicar respetando su decisión, por lo que es importante considerar quién evalúa la competencia, ejecutar la evaluación con base a las capacidades cognitivas del paciente, el tipo de riesgo de la decisión a tomar, además se debe tomar en cuenta

que la competencia no es estable a largo plazo por lo que solo se debe considerar a un paciente incompetente cuando se haya analizado su competencia (Palacios et al., 2020). La tabla 1 describe el procedimiento para evaluar la competencia de un paciente.

Tabla 1. *Procedimiento para evaluar la competencia de un paciente.*

Paso	Consideraciones
1. Reconocer las situaciones que requieren una valoración de la competencia	Tomar en cuenta el tipo de paciente <ul style="list-style-type: none"> - Paciente que toma decisión poco razonable - Paciente con datos clínicos en los cuales se sospecha alteración cognitiva
2. Realizar una evaluación completa de la competencia	Por medio de dos mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica sistémica - Test clínico estructurado
3. Correlacionar el grado de competencia con la complejidad de la decisión a tomar	Se debe aplicar la evaluación a la elección que el paciente desea tomar, por lo que para que el paciente pueda decidir su grado de competencia debe ser coherente con el procedimiento planteado.
4. Procurar mejorar la competencia del enfermo	Se debe considerar los casos en los que el paciente puede mejorar su competencia siempre y cuando sea posible retrasar el procedimiento sin ninguna complicación potencialmente riesgosa.
5. Establecer quién toma la decisión	En los casos en los que el paciente pueda decidir, se respetará su decisión. De no ser competente se efectuará el consentimiento por representación, aun así, el paciente deberá participar de acuerdo a su capacidad.

Nota. (Palacios et al., 2020).

Problemática en América Latina

La bioética en América Latina se caracteriza por mantener estrecha convergencia con los derechos humanos y por estar atenta a las desigualdades colectivas, puntos de reflexión y análisis en realidades concretas y específicas (Mainetti et al., 2022).

Son varios elementos que contribuyen a que el desarrollo y aplicabilidad del principio de respeto y autonomía en Latinoamérica se vea mermado como: la conflictiva historia de la colonialidad, la discriminación y exclusión social, la inequidad y pobreza, la migración, terrorismo, violencia, desinterés en el desarrollo de sistema públicos de salud, entre otros. (Penchaszadeh, 2022).

Los problemas aún no resueltos de la historia de la colonialidad, la opresión, la privación de libertad, la destrucción de la cultura de sus pueblos originarios y genocidio de miles de personas acarrearón graves consecuencias para la salud. Esto se ve reflejado en el trato hacia las comunidades indígenas en la atención en salud, siendo minorizada y menospreciada por culturas consideradas dominantes. El principio de autonomía ha tenido gran oposición ya que 500 años después, aún se conserva el formato colonialista (Honorato et al., 2022).

La pobreza aumenta considerablemente en los países de América Latina. Lo que se combina con la falta de educación y malas condiciones de vida dándonos como resultado poco o nulo conocimiento sobre los deberes y derechos en salud que tenemos como individuos para salvaguardar nuestra dignidad. Lo condiciona en gran medida la capacidad para elegir de las personas (Penchaszadeh, 2022)

Actualmente, la migración tiene relación con las disputas de poder tanto político como estratégico que tiene como resultado el abandono de familiares, lo cual vulnera en gran medida su bienestar y autonomía (Manchola, 2023). Además, la violencia de género, el secuestro, la intolerancia y las masacres han asolado a la población más vulnerable en América Latina por lo que es esencial que se considere a la violencia como un determinante social que incide directamente en la vida, el bienestar del individuo y su autonomía (Naranjo, 2022).

En América Latina, el desfinanciamiento del sector salud es un común denominador teniendo como consecuencia la vulneración al derecho en salud. En estos escenarios, muchos de los principios éticos de la atención médica son propensos a ser quebrantados: el consentimiento informado, comunicación de voluntades anticipadas, acceso a tratamientos trascendentales y muchas otras (Penchaszadeh, 2022).

Por la cantidad de población habitante, Latinoamérica se ve forzada a consignar ayuda de múltiples ejes como lo son las grandes transnacionales que, con grandes financiamientos, ponen a discusión el respeto por los derechos humanos, convirtiéndose en un gran problema la aplicación correcta del consentimiento informado que si bien es cierto se muestra en muchas publicaciones, no se profundiza en su totalidad haciendo evidente la falta de transparencia del proceso de obtención del consentimiento (Alejo, 2022).

Estos nefastos escenarios han devastado a la población, han violado sus derechos y han ejercido de forma parcial e interesada la ética en salud, por lo tanto, reta a la bioética a pasar de un discurso teórico a ser un proyecto de transformación

social, educativo y cultural basado en el respeto de los derechos y dignidad humana, así como por los principios autonomía y libertad de elección (Naranjo, 2022).

Consentimiento informado y capacidad de elegir en América Latina

La autonomía se basa en la capacidad de un individuo para gobernarse a sí mismo. Una persona autónoma es aquella que tiene la capacidad de decidir respecto a su vida con base a su propio criterio, valor personal y libertad, en consecuencia, es capaz de responsabilizarse de sus decisiones (Honorato et al., 2022).

En América Latina existen 820 comunidades aborígenes que hablan un total de 653 lenguas diferentes. Existe la necesidad de establecer leyes y estatutos que aborden de manera eficaz este tipo de población vulnerable, respetando su autonomía y la comprensión de su entorno natural. En cuanto a la investigación sobre estas comunidades podríamos ejemplificar que aun cuando 14 países mantienen un convenio sobre pueblos indígenas desde el año 1989, solamente Brasil ha establecido marcos normativos referentes a la investigación en este contexto (Buedo et al., 2023).

La población pediátrica se encuentra en situación de vulnerabilidad y sumada su incapacidad legal para consentir, es necesario que las leyes que contemplan principios bioéticos garanticen la protección del menor, minimizando los riesgos. La mayoría de países Latinoamericanos tienen presente en su normativa los derechos, participación y autonomía en la toma de decisiones en salud, insertando conceptos

como el de bienestar superior, autonomía progresiva y menor maduro (Boceta et al., 2021).

El reconocimiento y autonomía en la toma de decisiones de la población pediátrica ha evolucionado enormemente en América Latina. Cada país ha establecido una normativa interna en la que han incorporado varios elementos basados en los principios de la bioética y en el niño como un individuo que posee deberes y derechos. En países como Colombia, Chile y Uruguay se admite el consentimiento informado del paciente menor siempre y cuando el profesional lo considere maduro (Boceta et al., 2021).

No es posible definir la madurez de un paciente menor basándose solamente en su edad. Su valoración es compleja y requiere de una evaluación profunda del desarrollo cognitivo, la afectividad, la situación médica del paciente, además del juicio moral del menor. En algunos casos, es necesario emplear herramientas que permitan la correcta identificación de la competencia del paciente. La entrevista semiestructurada McCarthur que ha sido aplicada en varios países desarrollados y en vías de desarrollo podría ser empleada para la evaluación de la competencia del paciente menor (Boceta et al., 2021).

La población con diversidad funcional tiene alta representatividad en los países de América Latina. Participar de un proceso comunicativo en el consentimiento informado a través de un mismo idioma no significa que el paciente dimensione realmente los acuerdos que va a firmar, por ello es preciso la bioética considere a aquellos individuos que tienen capacidad limitada para ejercer su total

autonomía, garantizando sus derechos respetando su diversidad (Buedo et al., 2023).

En el contexto de pandemia por covid-19, la bioética en Latinoamérica priorizó los grupos socialmente frágiles expresando su interés y preocupación ante la ejecución de estudios biomédicos. La Red de América Latina y el Caribe de CNB-UNESCO recomendaron que los participantes deben ser seleccionados de forma justa respetando su libertad de elección en base a su capacidad de elegir, recalcando la importancia de adquirir el consentimiento informado de cada participante incluso en cualquier situación considerada emergente (Camargo, 2022).

Son 33 países que conforman América Latina, de los cuales 18 gozan de una norma regulatoria y específica para el uso del consentimiento informado en la atención en salud. Costa Rica, México, Bolivia y Uruguay son los países con más antigüedad, regulando su uso a partir de la década de 1970. En los 18 estatutos referentes a la toma del consentimiento informado, se indica que puede ser admitido de forma verbal o escrita. En 9 países se hace referencia a que debe ser consignado en tratamientos quirúrgicos o invasivos de forma escrita (Buedo et al., 2023). La Tabla 2 muestra la norma regulatoria de algunos países latinoamericanos.

En las últimas dos décadas, se ha visto un fortalecimiento en el desarrollo de la investigación clínica con una tasa de crecimiento del 12% entre 2005 y 2012, sin embargo, la región participa en menos del 8% de las investigaciones clínicas a nivel mundial, siendo similar al número de estudios que África. Este fortalecimiento debe

considerarse como una oportunidad para ejercer un mejor control en la aplicación del consentimiento informado (Bautista, 2021).

Un estudio reciente reveló que sólo 12 países latinoamericanos han conformado leyes y estatutos alienados a los parámetros internacionales para efectuar investigaciones clínicas con personas mientras que en los otros no se encontró marco legal alguno (Buedo et al., 2023)

En un estudio reciente, se evidenció que el uso del consentimiento informado en exposiciones académicas solamente está presente en las normas regulatorias de 8 de 21 países Latinoamericanos estudiados. En las escuelas de formación médica o centros de atención en salud no se considera realmente la necesidad de una autorización previa para ser sujetos de aprendizaje didáctico-pedagógicas (Buedo et al., 2023).

La alfabetización en salud es una estrategia que implica competencias que tienen por objetivo generar escenarios adecuados para la comunicación en salud. La falta de capacitación de los profesionales en el aspecto comunicativo, disminuye significativamente la comprensión, limitando su capacidad de elegir en base a la información recibida, por lo tanto, es indispensable que en América Latina se establezcan guías que definan el perfil de los profesionales que deberían ocuparse de la entrega recepción del consentimiento informado para que el individuo sea gestor de sus propias decisiones en base a su autonomía y capacidad de elegir (Buedo et al., 2023).

Tabla 2. Norma regulatoria de algunos países latinoamericanos.

País	Documento	Normativa	Año
<i>Ecuador</i> ^a	Ley Orgánica de Salud. Artículo 7.	Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento informado por escrito, o por cualquier otro medio adecuado y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública	2006
<i>Chile</i> ^b	Ley 20584. Artículo 14.	Deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.	2012
<i>Colombia</i> ^c	Resolución Número 3100 de 2019. Apartado 4.7.	Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas.	2019
<i>Nicaragua</i> ^d	Ley 423. Artículo 8.	El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento. El usuario es libre de escoger el procedimiento frente a las alternativas que se le presenten. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario	2002
<i>Argentina</i> ^e	Ley 26529. Artículo 6.	Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.	2009

Nota. ^a (Congreso Nacional del Ecuador, 2006). ^b (Ministerio de Salud de Chile, 2012). ^c (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019). ^d (Presidencia de la República de Nicaragua, 2002). ^e (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2009)

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El consentimiento informado es un documento fundamental en todos los procedimientos e investigaciones dentro del ámbito de la salud, ya que demuestra la adecuada aplicación del principio de autonomía del paciente y respeto por su dignidad. Este documento refleja el conocimiento y la aceptación libre y voluntaria por parte del paciente o participante en investigaciones experimentales sobre los beneficios, posibles riesgos y asociados a estos procedimientos.

Para poder brindar esta autorización, se debe evaluar la capacidad de elección, que es la competencia que permite a los individuos aceptar o rechazar tratamientos, procedimientos o ensayos clínicos. El análisis de esta competencia se dará en base a los diferentes factores socioculturales de cada región.

Las leyes, normas y estatutos de la gran mayoría de países latinoamericanos contemplan el consentimiento informado como un documento imprescindible en la atención en salud, tanto pública como privada. Además, se evidencia en sus estatutos la inserción de leyes que garantizan la protección de los individuos en procesos de investigación clínica en sus estatutos. Sin embargo, problemas como el desfinanciamiento del sector salud, la opresión, la destrucción de la cultura de sus pueblos originarios, la pobreza, migración, la violencia de género y el secuestro dificultan la correcta aplicación de este imprescindible documento.

Los profesionales de la salud deben desarrollar habilidades y competencias que les faculte para brindar de forma adecuada, completa y precisa en un lenguaje

comprensible para el paciente, información que pueda ser utilizada para tomar decisiones, cumpliendo con el correcto ejercicio de su autonomía. El objetivo primordial es asegurar el cumplimiento de los derechos humanos y el principio de respeto a la dignidad humana, no solamente evitar una respuesta jurídica legal basada en el actuar del profesional.

Se recomienda a los profesionales afrontar de manera eficaz y acertada el reto en el que el consentimiento informado y el ejercicio completo de la autonomía del paciente han forjado como nueva cultura de atención en el ámbito de la salud en América Latina, con el objetivo de promover y priorizar una atención de calidad en salud asegurando el bienestar de los seres humanos.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, A. (2022). La capacidad jurídica y la patria potestad como impedimento para la autonomía progresiva de la niñez. *Derecho Global. Estudios Sobre Derecho y Justicia*, 8(22), 73–113.
- Alejo, J. (2022). Bioética Investigativa en Bolivia. *Memoria Del Posgrado*, 3(1), 68–74. <https://doi.org/10.53287/jprv2686bh24s>
- Álvarez, P. (2018). Ética e investigación. *Boletín Redipe*, 7(2), 122–149.
- Arango, P. (2022). Introducción a la bioética. *Revista Colombiana de Neumología*, 34(1), 61–63. <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v34.n1.2022.588>
- Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. (1973). *Declaración de Derechos del Paciente*.
- Asamblea Médica Mundial. (1964). *Declaración de Helsinki. Recomendaciones para orientar a los médicos en los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos*.
- Báez, M., Morales, L., Cabrera, I., Fernández, R., & Alarcón, C. (2019). Consentimiento informado en pacientes con epilepsias intratables. *Cubana de Salud Pública*, 45(1), 1–14.
- Bautista, J. (2021). Estado de la bioética e investigación clínica en Ecuador y otros países de Latinoamérica. *Bioethics Update*, 7(2), 147–156. <https://doi.org/10.24875/BUP.21000001>
- Beca, J. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(4), 269–271. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482017000400269>

- Boceta, R., Martínez, O., & Albert, M. (2021). El consentimiento informado en el menor maduro: comprensión y capacidad de decisión. *Anales de Pediatría*, 95(6), 413–422. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.011>
- Buedo, P., Sánchez, L., Ojeda, M. P., Della Vedova, M. N., Labra, B., Sipitria, R., Centineo Aracil, L., Cosentino, S., Varela, I., Yabar Varas, C., Apaza, G., Krasnow, A., Vilchez, S., & Luna, F. (2023). Consentimiento informado y directivas anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina. *Revista de Bioética y Derecho*, 58, 25–44. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.41678>
- Camargo, R. (2022). Visión holística de la bioética en la pandemia COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 22, 79–92. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.03.003>
- Concha, M., Gómez, P., Tuteleers, F., Arzola, M., & Duffau, G. (2020). Bioética en tiempos de pandemia Covid-19. *Neumología Pediátrica*, 15(2), 358–361. <https://doi.org/10.51451/np.v15i2.62>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud* (pp. 1–49).
- Czernizer, D. (2020). El consentimiento informado. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 50(4), 18–22.
- Dahl, J. (2020). Principios éticos de la bioética y el bioderecho europeos: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad. *Principia Luris*, 17(36), 55–67.
- Elio, D. (2021). La relación Médico Paciente. *Médica La Paz*, 27(2), 92–101.

- Ferrero, A., De Andrea, N., & Lucero, F. (2019). La importancia del Consentimiento Informado y el Asentimiento en Psicología. *Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología de La Universidad Nacional de Córdoba*, 4(2), 31–40.
- Galende, I. (2019). Ética, medicamentos e innovación. *Papeles de Economía Española*, 160, 25–34.
- Garay, O. (2017). *Consentimiento Informado*. Diccionario Enciclopédico de La Legislación Sanitaria Argentina.
- González, C. (2022). Autonomía en bioética: críticas y re-definiciones. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, 67, 1–14. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2022.67.12>
- Hernández, G., & Chahuán, F. (2021). Consentimiento informado en las prestaciones de salud. *Acta Bioética*, 27(1), 17–25.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*.
- Honorato, M., Pinto de Oliveira, N., Domínguez, R., Cremaschi, R., Coelho, F., & Da Silva, J. (2022). Principio bioético de la autonomía en la atención a la salud indígena. *Revista Bioética*, 30(2), 373–381. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302533es>
- Informe Belmont. (1978). *Principios Éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación*. Estados Unidos de Norteamérica: Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat

- Mainetti, M., Echeverría, J., Bernal, M., & La Rocca, S. (2022). Educación bioética con perspectiva de género: nuevos derechos en salud. *Bios Papers*, 1(2), 1–10. <https://doi.org/10.18270/bp.v1i2.3899>
- Manchola, C. (2023). Migración e injusticia: un asunto urgente y puente entre bioética, narración y biopolítica. In J. Acosta & L. Cisneros (Eds.), *Bioética y biopolítica* (1st ed., pp. 316–324). Publicaciones Acuario.
- Mendoza, D., Quintana, Á., & Díaz, A. (2023). La importancia de la investigación científica en medicina. *Atención Familiar*, 24(3), 224–227. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.3.85789>
- Mesa, D., Espinoza, Y., & García, I. (2022). Reflexiones sobre bioética médica. *Revista Médica Electrónica*, 44(2), 413–424.
- Ministerio de Salud de Chile. (2012). *Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud, Acciones Vinculadas a la Atención en Salud. Ley no. 20.584.*
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). *Resolución Número 3100 de 2019.*
- Miranda, M., & Villasís, M. (2019). El protocolo de investigación VIII. La ética de la investigación en seres humanos. *Revista Alergia México*, 66(1), 115–122. <https://doi.org/10.29262/ram.v66i1.594>
- Naranjo, M. (2022). El principio bioético de protección y su aplicabilidad en salud pública. *Bios Papers*, 1(2), 1–6. <https://doi.org/10.18270/bp.v1i2.3908>

- Ontano, M., Mejía, A., & Avilés, M. (2021). Principios bioéticos y su aplicación en las investigaciones médico-científicas. *Revista Ciencia Ecuador*, 3(3), 6–16.
- Orellana, J., & Guerrero, R. (2019). La bioética desde la perspectiva odontológica. *Revista Asociación Dental Mexicana*, 76(5), 282–286.
- Palacios, G., Pinto, P., Márquez, O., & Herreros, B. (2020). Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. In *Revista Clínica Española* (Vol. 220, Issue 4, pp. 256–262). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.04.009>
- Penchaszadeh, V. (2022). Bioética, Salud y Complejo. Médico-Industrial- Financiero. Una Visión desde América Latina. *Revista Latinoamericana de Sociología, Política y Cultura*, 4, 21–37.
- Pérez, M. (2018). Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 4(2), 341–356.
- Piñero, J., Tabernero, M., & Rodríguez, M. (2018). *Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España)*. 29(95), 69–79. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Pinilla Forero, J. (2022). Ética y bioética en la práctica profesional. *Revista Colombiana de Ciencias Administrativas*, 4(1), 78–93. <https://doi.org/10.52948/rcca.v4i1.554>
- Presidencia de la República de Nicaragua. (2002). *Ley General de Salud*.
- Rodríguez, C. (2022). Ética en investigaciones con seres humanos vulnerables en el marco de la Bioética. ¿Conocimientos para quién? *Divulgatio. Perfiles Académicos de Posgrado*, 7(19), 99–116. <https://doi.org/10.48160/25913530di19.220>

- Sáenz, M. (2023). Responsabilidad Moral y Ética de Elegir. *Reflexiones*, 8(3), 1–9.
- Santos, I. (2020). Igualdad, equidad y justicia en la salud a la luz de la bioética. *Bioética*, 28(2), 229–238. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282384>
- Serafim, A., Souza, E., Ferreira da Silva, A., Longati, A., Romão, A., Silveira, A., & Alves, W. (2022). Autonomia como princípio da bioética: perspectivas de estudantes de medicina. *Research, Society and Development*, 11(9), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31366>
- Tiol-Carrillo, A. (2021). Aspectos legales del consentimiento informado en odontología. *Revista de La Asociación Dental Mexicana*, 78(2), 80–83. <https://doi.org/10.35366/99282>
- Vera, L., Reyes, J., Delgado, T., Echenagucia, M., & Padrón, M. (2020). Análisis comparativo de las pautas del consejo de organizaciones internacionales de ciencias médicas. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1). <https://doi.org/10.37910/RDP.2020.9.1.e200>