

## A fondo

# Consentimiento informado. ¿Protección para el paciente o para el profesional de la salud?

## Un análisis desde la autonomía y la dignidad

### *Informed Consent: Protecting the Patient or the Healthcare Provider?*

### *An Analysis from the Perspective of Autonomy and Dignity*

## María Pérez Bandera

Escuela de Doctorado y Posgrado, Universidad de La Laguna

Máster en Bioética y Bioderecho

### Resumen

La salud es un aspecto determinante para el estado físico y psicoemocional de las personas. El acceso al sistema de salud, reconocido universalmente como un derecho, debería ser motivo suficiente para garantizar que este se preste bajo estándares de calidad. Este artículo, resultado de un Trabajo de Fin de Máster, aborda la crucial importancia de la autonomía y la dignidad del paciente en la utilización del consentimiento informado. Para respaldar esta afirmación, se realiza un análisis ético de dos casos prácticos, destacando las consecuencias negativas que surgen cuando el consentimiento no se aplica o se aplica incorrectamente.

**Palabras clave:** Consentimiento Informado, Autonomía, Dignidad, Paciente, Profesional de la salud

### Abstract

Health is a determining factor in people's physical and psychoemotional state. Access to the health system, universally recognized as a right, should be sufficient reason to ensure that it is provided under quality standards. This paper, derived from a Master's Thesis, addresses the crucial importance of patient autonomy and dignity in the use of Informed Consent. To support this assertion, we perform an ethical analysis of two case studies, highlighting the negative consequences that arise when consent is not applied or is applied incorrectly.

**Keywords:** Informed Consent, Autonomy, Dignity, Patient, Health Professional.

## 1. Introducción

¿Quién no se ha encontrado alguna vez, sumido por la incertidumbre, con la necesidad de tener que acudir a un centro sanitario u hospitalario debido a un malestar al que pretendía encontrarle una explicación y proporcionarle un remedio? Es lo que Andorno (2012) concibe como idea de que toda persona es vulnerable por tres sencillas razones que fundamentan lo que denomina *principio de vulnerabilidad*: el padecimiento de enfermedades, la exposición a situaciones de riesgo –a las que va asociado, indudablemente, un cuidado previo– y el fallecimiento. Estas tres situaciones se enmarcan en el entorno familiar o en lo que el autor denomina “familia humana” o “sociedad”, lugar donde se ubica el profesional de la medicina del que se espera que proporcione un alivio a la dolencia de la que el afectado desconoce tanto los motivos como sus vías de tratamiento.

No obstante, hasta hace escasos sesenta años, la relación médico-paciente estaba inserta dentro de un marco de superioridad por parte del profesional frente al paciente, lo cual le otorgaba un carácter eminentemente vertical. En la década de los años 70 del siglo XX, en Estados Unidos, la ciudadanía empezó a tomar conciencia de los derechos de los que podía gozar en el ámbito sanitario, reclamando así ser parte activa en el proceso de cuidados de la salud. El resultado de este proceso fue una relación horizontal fundamentada en el diálogo y el consenso, que cobraba de esta manera un carácter más humano. Así pues, el paciente se convirtió en sujeto capaz de tomar decisiones tras haber obtenido toda la información acerca de su patología, tratamientos y riesgos-beneficios. Gracias a ello surgió lo que hoy se conoce como consentimiento informado (en adelante CI).

Pese a ello, factores tales como la falta de tiempo en la atención, la ignorancia por parte de los pacientes acerca de su patología y la terminología médica empleada, así como la confianza depositada en los profesionales por ser considerados figuras de autoridad a raíz de su saber, derivan muchas veces en la ausencia de un CI o en un CI de mala calidad. Esto puede conducir a que el paciente firme un documento que, aunque supuestamente le favorece, favorezca más bien al facultativo.

## 2. El papel del principio de autonomía en el consentimiento informado

De los cuatro principios de la Bioética, esto es, *beneficencia*, *no maleficencia*, *autonomía* y *justicia*, el que juega un papel más relevante y, de hecho, forma parte de la razón de ser y existir del CI, es el principio de autonomía, uno de los pilares rectores de la concepción de la persona a la que se le otorgan muchas explicaciones a lo largo de la historia.

Con origen en la Antigua Grecia, el concepto deriva de *autós* con el sentido de “propio” y *nómos* como “regla, norma, ley y autoridad”. Ello se tradujo en la formación de las denominadas ciudades-Estado en las que imperaba el autogobierno del pueblo. Aristóteles habló del “ciudadano libre” como aquel capaz de poseer plena capacidad de decisión personal, como defendería también siglos más tarde, en la Época Moderna, Rousseau, quien hizo hincapié en la libertad e individualidad del hombre bajo sus propias leyes. Volviendo a Aristóteles, introdujo los términos “autarquía”,

“autosuficiencia” y “autocracia”, entendidas como la propia gobernabilidad y autodomio respectivamente; símil que se mantuvo con Kant, quien usó los términos “voluntad”, entendida como regirse por sí mismo en base a unas leyes establecidas, y “autonomía”, como la base o el motor intrínsecos al hombre que protegen la dignidad (Boladeras, 2011).

En pleno siglo XVIII, una época de grandes cambios socioeconómicos, cobró especial trascendencia en cuanto al reconocimiento de la autonomía, la creación de la Declaración de Virginia de 1776, que dio luz verde a la independencia de Estados Unidos y a la vez creó el antecedente de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 de Francia. Este último documento se convertiría en la base de muchas de las constituciones democráticas europeas que se conocen actualmente (Boladeras, 2011).

La vulnerabilidad humana ante la enfermedad, el riesgo y la muerte establece la necesidad de una atención sanitaria comprensiva y humanizada.

Ya bien entrado el siglo XX, Engelhardt (Boladeras, 2011) introdujo el concepto de “principio de autoridad moral” para describir la autonomía como la capacidad de disfrutar de esta bajo un permiso compartido, y el “principio de permiso” como la necesidad de obtener consentimiento y/o permiso de una autoridad. En caso de desobediencia, según Engelhardt, cualquier acto carecería de la calificación de moral, justificando así el uso de la fuerza. Su crítica hacia la plena autonomía del paciente se fundamenta en la preocupación de que éste pueda convertirse en un sujeto demandante de atención médica, lo que a su vez transformaría al profesional en un subordinado, produciéndose la pérdida de su autoridad profesional (Andorno, 2012).

En esos mismos años John Rawls postuló que la acción autónoma se equipara a la racionalidad, esencial para ser ciudadanos libres e iguales. Siguiendo la línea de Rousseau, Carlos S. Nino respaldó la noción de ciudadanos con plena autonomía, abogando por la ausencia de interferencia estatal pero, al igual que Mill, con la salvedad de no causar perjuicio a terceras personas (Boladeras, 2011).

Beauchamp (Gracia, 2011) estimaba que la acción de una persona es autónoma cuando se cumplen las condiciones de *intencionalidad*, *conocimiento* y *ausencia de control externo*, concebiendo así la autonomía como la libertad de elección. Por el contrario, Diana Meyers argumentaba que la elección personal se fundamenta en la búsqueda de una vida en armonía consigo mismo (Atkins, 2006). Por otro lado, Watson, Young y Dworkin señalaban que ser autónomo implica llevar a cabo proyectos vitales según las convicciones, creencias y valores individuales, sin ser influenciado por el entorno. En otras palabras, cada individuo es soberano de sí mismo, posee la capacidad de autogobierno y el derecho a no ser interferido, lo que comúnmente se conoce como el “principio de no interferencia” (Atkins, 2006).

Trasladándolo a los pacientes, para Lorda (Boladeras, 2011) que sean autónomos significa que disponen de plena *competencia* –habilidad para– o *capacidad* –entender la información y realizar un juicio. En términos legales, *capacidad* o *capacity* es la capacidad de obrar *de hecho o natural*, es decir, la que se tiene de por sí, mientras que la *competencia* o *competency* es la capacidad de obrar *de derecho o legal*. Respetar la autonomía del paciente, pues, se considera un “imperativo ético”.

Es en este momento en el que el profesional tiene como principal función la de informar, orientar y/o asesorar sobre los tratamientos y procedimientos médicos al alcance del paciente, para que este –en pleno ejercicio del derecho a la autodeterminación– decida en última instancia. Este proceso es lo que Andorno (2012) define como consentimiento informado.

Así pues, en base a los criterios de Lorda (2008), los 4 requisitos *sine qua non* para poder catalogar al paciente como persona autónoma son: *voluntariedad*; disponer de *información clara y suficiente* y de *capacidad* para poder valorar toda la información y tomar, en consecuencia, la decisión más adecuada.

### 3. La dignidad humana como elemento fundamental en el consentimiento informado

El concepto de dignidad se erige como el cimiento indispensable y fundamental de toda sociedad y, según Alegre Martínez (Guerra, 2016), está estrechamente vinculado a la libertad e igualdad. Para Hervada (Aparisi, 2022), la dignidad es lo que define a una persona, siendo su base y razón de ser común. En el ámbito sanitario, esto se traduce en el absoluto respeto al paciente en relación con su capacidad para tomar decisiones, un elemento que nos une a pesar de nuestras diferencias individuales (Guerra, 2016).

Desde una perspectiva etimológica, el término “dignidad” deriva de “digno” (Valls, 2015), que implica la excelencia (*áristos*) o virtuosidad de una persona que, por ende, merece reconocimiento y respeto. En la época clásica, este término se destinaba a ciudadanos que ocuparan altos cargos públicos, ostentando una posición de superioridad sobre el resto de la ciudadanía. En la Edad Media, desde una perspectiva religiosa, Tomás de Aquino definía la dignidad como “algo absoluto y [pertenecente] a la esencia [...] del sujeto” (Aparisi, 2022: 9), otorgado por una divinidad, a la que se le debía respeto como hijos suyos (Valls, 2015). Este

La evolución de la relación médico-paciente de una dinámica vertical a una horizontal ha llevado a la práctica del consentimiento informado, resaltando la importancia del diálogo y el consenso.

respeto debía manifestarse a través de la obediencia a la ley moral y representaba una cualidad superior que trascendía los límites de la razón humana. Según Sánchez Agesta (Aparisi, 2022: 11), la dignidad es “la excelencia o mérito de un ser y el decoro o respeto que se le debe por esta excelencia”. En la Edad Moderna, la dignidad fue reconocida como un derecho ciudadano inherente a todo ser humano, ejemplificado por Kant y su concepto de autonomía moral.

Spaemann (Aparisi, 2022) considera que a la persona hay que verla como un fin en sí mismo, por estar la dignidad por encima de todo. En consecuencia, la dignidad debe ser la razón suficiente para que una sociedad funcione basada en el respeto y la convivencia, con el Estado desempeñando el papel de garante a través del establecimiento de normas, leyes y políticas que preserven no solo los derechos civiles y fundamentales, sino también la dignidad.

Además, varios autores, como Lenoir y Mathieu, han definido este concepto como un “principio matriz”, mientras que Bayertz lo concibe como el “respeto incondicionado que merece todo individuo en razón de su mera condición humana” (Romeo, 2011:

658). Por el contrario, Kant lo caracterizó como “algo que se ubica por encima de todo precio y, por lo tanto, no admite nada equivalente” (Romeo, 2011: 658).

El Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 establece “[...] el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” (Naciones Unidas, 2023). Este principio también ha sido reflejado en otros textos legales, como la Constitución alemana de 1949, que en su primer artículo afirma que “la dignidad humana es intangible. Los poderes públicos tienen el deber de respetarla y protegerla” (Andorno, 2011:659). Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Humanos de 1966 y la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000 también se hacen eco de este principio.

Beyleveld y Brownsword, entre otros, distinguen entre la *dignidad como facultad* (entendida como la capacidad de actuar plenamente y desarrollar la propia personalidad) y la *dignidad como restricción* (referida al establecimiento de límites a prácticas individuales que podrían comprometer la dignidad individual) (Andorno, 2019: 4-5). Este concepto implica el establecimiento de los mínimos de respeto a los individuos, fundamentales para preservar una sociedad justa.

La dignidad es también un término de alta protección jurídica, intrínseco a la persona por el simple hecho de serlo, abarcando desde el inicio hasta el fin de la vida y pudiéndose conceptualizar de tres maneras distintas: como base y razón de ser de la inviolabilidad de la persona, como un fin en sí mismo y como un límite (Seijas, 1997). En el ámbito de la práctica médica, el paciente no es considerado un objeto, sino un sujeto digno de respeto debido a su posesión de dignidad, un valor intrínseco propio de la especie humana (Andorno, 2012).

La falta de tiempo de los profesionales, la ignorancia de los pacientes sobre su patología y la terminología médica, y la confianza en los profesionales como autoridades pueden resultar en la falta o mala calidad del consentimiento informado.

Por este motivo, cuando una persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad, tanto la comunicación como la sensibilidad hacia el paciente son claves (González, 2006), lo que desemboca a la ejecución de una buena práctica médica y de calidad.

De hecho, Chochinov (Andorno, 2019:7) propuso un *modelo sanitario de conservación de la dignidad* –en inglés *dignity-conserving care model*– formado por tres parámetros: *preocupaciones* que presenta el paciente acerca de su enfermedad, *factores psicológicos y espirituales* y el *entorno sociofamiliar*.

No obstante, no puede terminarse esta sección si no se hace un pequeño apunte de dos términos asociados a la dignidad; persona y ser humano. En cuanto al término *persona*, cada legislación nacional define qué entiende por este concepto (González De Cancino, 2011), si bien es cierto que, en el siglo XIX, en los primeros Códigos Civiles tanto de América Latina como de España, hacía referencia a todo aquello que presentara unas características físicas propias de la especie humana. Un siglo más tarde, se reconocería mediante la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. *Ser humano* para López de la Vieja (2011) hace referencia a los sujetos de la familia humana.

## 4. Análisis ético desde la autonomía y la dignidad

Para esta sección, se ha estimado oportuno escoger del cuaderno *Problemas prácticos del consentimiento informado*, de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2002), dos casos ejemplo de la nula o deficiente aplicación del consentimiento informado en el contexto sanitario. Para la realización de su análisis, se usará el modelo mixto, en el que se realizará un análisis del contexto, las partes implicadas en el mismo, los principios de la Bioética que han podido verse afectados y más concretamente, la justificación acerca del porqué tanto la autonomía como la dignidad de los pacientes se han visto vulneradas para finalizar con las conclusiones obtenidas a raíz del análisis.

En el segundo caso, empero, se adjuntará un modelo de CI para la extracción de un molar en el que se usa un lenguaje más sencillo y acorde a la patología que presenta el paciente. Para la elaboración del mismo, se han tomado como referencia dos modelos obtenidos de la página web del Colegio Oficial de Dentistas de Almería, “Consentimiento para la extracción de dientes incluidos” y “Consentimiento para la extracción dental”. (Colegio Oficial de Dentistas de Almería, 2023)

### 4.1 Caso 3. “El señor Rodríguez quería información”

*El Sr. Rodríguez, un profesor de Instituto de 51 años, ha acudido muy asustado a la consulta de la Dra. B, su médico de familia, porque las pastillas que le dio para tratarle su primer episodio de gota aguda le han producido una gran diarrea.*

*Cuando la Dra. B le explica que este es un “efecto secundario habitual” de estas pastillas, y que además ya lo pone el prospecto del medicamento, el Sr. Rodríguez se enfada porque no le hubiera advertido de esto y le pregunta si no existía otra alternativa de tratamiento.*

*La Dra. B le dice que sí, aunque en su propia experiencia menos eficaz, y con otros efectos secundarios, como acidez de estómago y posibilidad remota de sangrado digestivo. El Sr. Rodríguez reprocha no haberle planteado esa alternativa, porque él a lo mejor hubiera preferido ese tratamiento.*

*La Dra. replica que su obligación es tratar a los pacientes de la manera lo más efectiva posible con el poco tiempo de que dispone para cada uno, y que si no le parece bien, que se cambie de médico.*

#### 4.2.1. Problemática que se expone y partes implicadas

En el caso planteado, se trata de un hombre de mediana edad que, al ingerir un medicamento para su tratamiento de gota, sufre como efecto secundario diarrea. Acude a su médico de cabecera quien le responde que es el mejor tratamiento que le ha podido dar dada la gravedad de otros efectos secundarios y motivado además por la falta de tiempo, a lo cual el paciente le responde que podría haberle informado de ello, pero la médica le replica que si estima conveniente se cambie de facultativo.

#### 4.2.2. Principios involucrados

Para empezar, hay una carencia tanto de calidad asistencial como de relación médico-paciente en tanto que la profesional no fue capaz de dialogar detenidamente con este y explicarle los posibles efectos secundarios de las pastillas. La situación expuesta señala una relación basada en una “ética de mínimos” si se entiende que la médica

actuó de forma benevolente evitándole al paciente unos efectos adversos más graves, sumando el factor tiempo que jugaba en su contra. No así con una relación basada en una “ética de máximos” por la inexistencia de una comunicación previa y por ende no haber habido participación alguna por el paciente.

Además, como defiende Myfanwy Morgan, el modo de actuar de la profesional de la salud resulta ser claramente paternalista por el hecho de que, sin consultar, decidió ella misma recetarle las pastillas que consideró más adecuadas. Con lo cual, denota una falta de confianza –fundamental en la base de la relación médico-paciente– al no respetar ni tener en cuenta a este. A ello hay que añadir que quizá el hombre represente el perfil de paciente que confía plenamente en la capacidad y conocimiento de su médico de familia. Consecuentemente, la decisión unilateral de la médica, sumada a su respuesta, constituye una manifestación de quiebra de confianza e incluso de traición, especialmente si el paciente percibe la situación de esa manera. Unido a lo anterior, la actitud que muestra la médica resulta ser un ejemplo de práctica de *medicina defensiva*, en tanto en cuanto recurre a la vía rápida suministrando un medicamento por falta de tiempo y el paciente, ante la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra, confía en el criterio médico. Sin embargo, se desconocen las circunstancias en las que se da tal situación, así como si el paciente mostraba una actitud desafiante y/o agresiva.

El principio de autonomía es fundamental en el consentimiento informado, respaldando la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas.

Ahora bien, si nos ceñimos a los clásicos principios de la bioética, en primer lugar, dadas las circunstancias, podría considerarse que la profesional tomó una decisión basada tanto en el *principio de beneficencia* como en el de *no maleficencia*, en el sentido de que a falta de tiempo y dados los peores efectos secundarios que presentaban otros tratamientos, consideró suministrarle el que menores y más leves ocasionaba.

En relación con el principio de autonomía, conforme a la perspectiva de Simón Lorda y en base a la información suministrada en el caso, se presupone que al paciente –teóricamente plenamente capaz y competente para entender la información y obrar en consecuencia– no se le ha proporcionado información alguna sobre los tratamientos; en su lugar, solo se le ha prescrito un medicamento para su dolencia. Además, es importante destacar que la profesional no le informó sobre los posibles efectos secundarios de dicho medicamento. En consecuencia, al paciente no se le ha otorgado la oportunidad de decidir tomar el medicamento recetado, pese a saber los posibles efectos secundarios, o bien evitar el malestar gastrointestinal al que podría someterse y optar por otro tratamiento que le pudiera ocasionar acidez de estómago y, remotamente –lo cual da la razón al paciente– un sangrado estomacal.

En este caso, ciñéndonos a lo dispuesto en el artículo 5 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 –pese a tratarse exclusivamente de experimentos médicos– junto al artículo 7 del Convenio de Oviedo, el paciente se habría visto sometido a un tratamiento sin su consentimiento y sin conocer las consecuencias/riesgos-beneficios.

Desde la perspectiva kantiana, la voluntad se ha visto vulnerada por no haberle sido otorgada la posibilidad de decidir lo mejor para sí mismo; en este caso, para su salud. No se ha cumplido, tampoco lo que para Atkins supone la libertad de elección o como diría Meyers, la elección personal. Con lo cual, tanto el “principio de no interferencia” como el imperativo ético de respetar la autonomía del paciente que debe aplicar la médica, se han visto incumplidos.

En el análisis de la decisión de la profesional, se podría argumentar que esta decisión encuentra respaldo en los principios éticos de Engelhardt, específicamente en el “principio de autoridad moral” y el “principio de permiso”. Según estos principios, la médica, como poseedora de conocimientos, tendría la autoridad moral para tomar decisiones y el paciente debería solicitar su permiso para cambiar el tratamiento. Sin embargo, este enfoque podría minusvalorar la posición y conocimientos de la médica, convirtiéndola en una mera gestora de solicitudes, en detrimento de su profesionalismo.

La dignidad humana es un elemento esencial en la interacción sanitaria, resaltando el respeto al paciente como un ser capaz de tomar decisiones.

Sin embargo, acorde a lo establecido en el artículo 9 de la Declaración de Helsinki, tanto la autodeterminación del paciente como su dignidad e integridad no se han visto respetadas por la decisión unilateral

de la profesional, si bien es cierto que esta optó por garantizar la salud del paciente como cometido ético profesional, tal como se establece en la Constitución española y, además, en su papel como servidora pública.

Respecto a la *dignidad*, reconocida tanto en el Preámbulo como artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, como de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el artículo 9 de la Declaración de Helsinki y los artículos 10.1 y 15 de la Constitución española, también se ha visto vulnerada por las siguientes razones: la primera, por el daño físico ocasionado, que pese a ser de carácter leve, resulta en última instancia algo incómodo; debido a la falta de conocimientos médicos, ha generado, en segundo lugar, un daño psicológico fruto de una sensación de incertidumbre y vulnerabilidad que podrían haberse evitado en caso de que la profesional hubiera proporcionado la información previamente.

Sumado a lo anterior, la dignidad es sinónimo de reconocimiento y respeto; la parte más inherente y la razón de ser del ser humano. Tal y como se ha comentado en el trabajo, uno de los papeles del Estado es el de garantizar el respeto y la convivencia en base a sus políticas y legislaciones, por lo que la médica, como servidora pública y figura de representación del Estado a través del ejercicio de su profesión, debe, como imperativo ético, garantizar y asegurar la correcta asistencia sanitaria y respeto fundamental hacia la persona a la que atiende.

La actitud de menosprecio hacia la voluntad del paciente, así como el modo de dirigirse a este cuando le insta a cambiar de facultativo si no está satisfecho con la atención recibida, son modos de no respetar como establecen Lenoir y Mathieu el “principio matriz”, o Bayertz y Kant como aquello que se considera sobrehumano, de valor incalculable.

Si se tienen en cuenta a Beyleveld y Brownsword, la profesional ha actuado violando la dignidad como *facultad* en el momento en el que el paciente no pudo decidir sobre

qué tratamiento podría parecerle más adecuado, resultando así una práctica que *restringe* la dignidad al ser la médica quien decide por su paciente.

### 4.2.3. Conclusiones del caso

A raíz de lo comentado, se extraen las siguientes conclusiones: en primer lugar, la médica de familia es plenamente conocedora de la patología de su paciente dándole pleno conocimiento de los tratamientos e, incluso, alternativas médicas a los que puede someterse el paciente. En segundo lugar, sabiendo que el hecho de sufrir una diarrea puede ser más probable que el de un sangrado estomacal –recuérdese que se especifica como remoto– da aún más motivos al paciente para que se queje de ello. El hecho de que la médica pueda llegar a basarse en que, si las posibilidades son remotas, no tiene sentido alguno proporcionar una información que en este caso, según su criterio, no sería suficiente porque resultaría alarmar al paciente innecesariamente, no es motivo de justificación para que, en su defecto, no hubiera advertido de los efectos muy probables que podían provocar las pastillas que le recetó, así como de la alternativa terapéutica.

La práctica médica debe estar basada en la comunicación efectiva y la sensibilidad hacia el paciente, preservando una buena práctica médica y de calidad.

Así mismo, incluso la falta de tiempo no exime del desconocimiento de qué medicamentos puede recetar, sabiendo, como se ha mencionado al inicio de este apartado, de la dolencia que sufre el

paciente. En tercer lugar, hay un factor que juega en contra del paciente, y es el no haber leído el prospecto de las pastillas. Ello podría resultar ser un pleno ejercicio de autonomía si, tras la lectura de los efectos secundarios, decide o no ingerirlas, a pesar de que el léxico médico puede resultar confuso, e incluso tratarse de un paciente que sea aprensivo ante las enfermedades y prefiera que la decisión la tome su médica de familia, en la que confía, le resuelva todas sus dudas y le tranquilice.

Con todo, una relación médico-paciente basada en el diálogo y la confianza resulta ser la mejor aliada para hacerle frente a una patología independientemente de su gravedad. El miedo causado por la situación de vulnerabilidad sólo puede verse disminuido si el paciente percibe que el profesional denota interés y muestra una actitud abierta y de escucha. Cada persona tiene modos distintos de percibir y vivir una dolencia. Incluso, aun tratándose de la misma persona, puede no ser vivida igual por encontrarse en un momento de su vida que le haga más susceptible o sensible a los hechos, generándole, en consecuencia, más malestar.

## 4.2 Caso 11. “¡Y salí corriendo!”

Como hacía dos días que me dolía una muela y me parecía que me la tenían que quitar, fui directamente a mi odontólogo de cupo para que me la sacase. Una amable enfermera, cuando en la puerta le dije que venía a que me quitasen una muela, se volvió, entró en la consulta y salió con este papel en la mano. Me dijo: “Léalo y téngalo firmado cuando pase”. Así que me senté en la sala de espera, lo leí...

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### PARA EXTRACCION SIMPLE

Don/Doña:

(Nombre y dos apellidos del paciente)

De Años de edad, y D.N.I. N.<sup>a</sup>

Con domicilio en:

#### DECLARO

Que El/La Doctor/a:

(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información) me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la

#### EXTRACCION DEL DIENTE/MOLAR

En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar y, que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis.

1. - El propósito de la intervención es la extracción del diente/molar, ya que, aunque podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, las descarto por el estado que presenta, y que hace imposible su conservación.
2. - La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. - La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alvéolo donde está insertada.

4. - Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alveolo de una torunda de algodón seca. También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interradial o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.

5. - El/la odontólogo/a/ estomatólogo/a me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad ) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me EXTRAIGA LA PIEZA  
DENTAL.

En ( LUGAR): A fecha de:

Fdo.: El/la odontólogo/a/estomatólogo/a

Fdo.: El Paciente.

¡Y me fui corriendo antes de que la diligente enfermera volviera a salir a llamarme!

#### 4.2.1. Problemática que se expone y partes implicadas

En el caso aquí expuesto, se trata de un hombre que acude a su odontólogo con el objetivo de que le extraigan una muela que le produce molestias. Nada más entrar, una enfermera le da un papel que debe leer. Resulta ser un consentimiento informado en el que se expone que el paciente descarta, de entrada, cualquier otra intervención que no sea la extracción y que también acepta que podría precisar anestesia local. En segundo lugar, aparecen una serie de puntos que tratan de las posibles complicaciones que puede haber durante la extracción –las cuales también consiente– como que las patologías que pueda presentar pueden afectar al transcurso de la intervención, finalizando con que toda la información ha sido recibida de forma clara y comprensible por parte del facultativo y que, por ello, el paciente firma el documento y permite que se le realice la intervención.

#### 4.2.2. Principios involucrados

Si bien la enfermera hizo bien en proporcionarle un consentimiento informado por escrito, puesto que es la vía a tomar cuando va a realizarse una intervención un tanto invasiva, en este caso resulta evidente que desde el principio, la concatenación de actos, además del modelo de CI, son erróneos. Podría decirse que tanto los principios de *beneficencia* como de *no maleficencia* están presentes al hacer el intento de otorgar un CI previo a una intervención y en el que, además, se exponen los motivos que justifican el otorgamiento del documento como las complicaciones que pueden surgir y la aceptación de tales efectos. Ahora bien, la enfermera, basándose tan solo en la intención del paciente de extraerle la muela, le hace entrega directamente de un documento que, pese a no tener una terminología clínica de difícil comprensión –al menos para este paciente en concreto– hace patente la excesiva información y, sin saber siquiera si realmente requiere del tratamiento propuesto en el documento, se le hace entrega de este.

Centrándonos en el *principio de autonomía*, el paciente, como en el caso anteriormente mencionado, demuestra ser –según la diferenciación de Lorda– plenamente capaz y competente para poder leer el documento, entender y comprender toda la información, la cual, debido a su volumen y deficiente calidad, hace que este opte por salir de la consulta sin esperar a que la enfermera salga a recoger el CI firmado.

No obstante, aun siendo el CI una expresión clave de la autonomía de la persona, le ha sido negada la posibilidad de poder recibir una información clara, suficiente, veraz y adecuada como señalan Lorda (2008), Iltis (2006), Ortiz y Burdiles (2010) y Galende (2011) incluyendo los riesgos-beneficios reales. Por la simple razón de que, de entrada, ni siquiera el odontólogo ha recibido al paciente.

Al igual que con el caso anterior, el derecho a la información sanitaria defendida por Galende (2011), ha sido muy pobre, ya que, aun habiendo sido informado en un documento acerca de la intervención quirúrgica y sus posibles complicaciones, esta ha sido, cuanto menos, deplorable, sumado al hecho de no haberle atendido antes de proporcionarle tal documento. Incluso las complicaciones que resultan ser posibilidades remotas, y sin saber si el paciente presenta alguna de las patologías listadas en el punto 5, son añadidas en el documento sin más.

Al hilo de lo comentado en este último párrafo, otros puntos del CI explicitan que el odontólogo le ha transmitido toda la información previamente –un hecho totalmente inexistente– y que acepta el procedimiento a seguir, lo que resulta ser otro ejemplo de *medicina defensiva*: al proporcionar el documento, esperando a que sea firmado, en caso de cualquier consecuencia fallida, como el paciente ha consentido previamente, el profesional no tiene ninguna repercusión legal posterior.

Sin embargo, asociando este hecho con el “principio de autoridad moral” de Engelhardt, tal documento ampararía y justificaría las acciones previstas, ya que el odontólogo, en este caso, es quien posee los conocimientos debiéndolo asumir el paciente. Sirva como ejemplo la cita siguiente: “en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.”

Por todo ello, y para finalizar con el principio de autonomía, ni la voluntad para Kant, ni la libertad de elección de Atkins o la elección personal de Meyers, se han visto totalmente satisfechas en tanto que

La relación médico-paciente se basa en el respeto y la confianza, esenciales para abordar la patología de manera adecuada y reducir el miedo y la vulnerabilidad.

estas se han ejercido de una forma sesgada; es decir, el paciente ha tomado la elección libre de abandonar la consulta del odontólogo, pero no porque, tras recibir detalladamente la información de su afección y tratamientos más adecuados, haya optado por negarse, sino porque el contenido del CI presenta algunos errores como son el de no incluir en qué consiste la extracción y las razones expresas que conducen a ello, como tampoco las verdaderas complicaciones y/o efectos secundarios que pueden derivarse tanto de la intervención como de la anestesia, y qué métodos de recuperación puede haber.

Por lo que a la *dignidad* respecta, en este caso también se ve vulnerada porque el CI resulta ser un ataque a su persona debido, en primer lugar, a haber recibido el documento sin ser visitado por su odontólogo; en segundo lugar, por encontrarse sumido en una situación de vulnerabilidad y miedo a raíz de la lectura de toda la información que describía supuestos remotos como “desprenderse fácilmente del alvéolo”; “pueda producir un proceso infeccioso”; “rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interradial o de la tuberosidad.”

La consecuencia es el incumplimiento del Preámbulo y artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2023), y del artículo 1 de la Carta Europea de los Derechos Fundamentales (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 2000:9), que señala que la dignidad no puede verse vulnerada por ser intrínseca e inviolable. Igualmente, el artículo 5 del Convenio de Oviedo (Boletín Oficial del Estado, 1999: 36826) en el que se indica expresamente el cumplimiento de recibir información adecuada, incluyendo riesgos y beneficios, así como los artículos 10.1 (Albertí, 2014: 37) y 15 de la Constitución Española (Albertí, 2014: 40) relativos a la dignidad y a la integridad física y moral respectivamente.

No menos importante resulta ser la ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, 2002), la cual, dentro de su articulado, reserva algunos artículos dirigidos al CI, como al respeto a la autonomía y

la dignidad –no cumplidos– como el artículo 3 destinado al CI como la manifestación libre y voluntaria del paciente tras recibir la información y que, de hecho, el punto número 5 del modelo facilitado del caso así lo recoge. Así mismo, tal y como estipula el artículo 8.1 acerca de la voluntariedad y libertad de la persona, en este caso, ni tan siquiera ha tenido lugar por haber decidido el paciente huir de la sala.

Para finalizar, como la dignidad y el respeto van íntimamente ligados, este último se ha visto lesionado por la no recepción ni atención previa del odontólogo; simplemente se ha solicitado al paciente firmar un documento. Quizá pueda deberse a un error de base de la enfermera al dar por seguro que el paciente acudía para que le fuera extraída una muela, pero aun así, no resulta ser la mejor atención, siendo omitido el imperativo ético de garantizar y asegurar una asistencia sanitaria de calidad.

#### 4.2.3. Conclusiones del caso

Las conclusiones que se extraen de este caso son que desde el primer momento, la sucesión de los hechos no se ha realizado correctamente porque la enfermera, aceptando la petición del paciente de extraerse una muela, no preguntó acerca de su dolencia ni tan siquiera informó al odontólogo por ello, sino que optó directamente por entregarle un CI sin más. Otro factor es el de un modelo de CI de base, muy general, mal confeccionado y mal redactado, dando como resultado la decisión del paciente de marchar de la consulta, perdiendo la ocasión de ser debidamente atendido por el profesional.

Por todo lo comentado y haciendo especial alusión al CI, este no puede ser usado como método para que cualquier persona, tras haber realizado una lectura del contenido, firme y acepte con todas las consecuencias, sin más, usado de parapeto legal para los profesionales todo y contemplándose la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento como menciona el punto 5 “[...] en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.” Pero, póngase por caso que, una vez iniciada la intervención, el paciente decide interrumpirla. ¿Qué opciones hay entonces? O bien se decide proceder porque no sería tolerable dejar una intervención quirúrgica a medio hacer con los entonces potenciales riesgos que podría conllevar, o interrumpirla.

Si se optara por la primera opción, la autonomía y dignidad se verían respetadas, no obstante lo cual tendría unas malas consecuencias físicas que requerían, expresamente de unas curas quizá más molestas vulnerando así su dignidad. En relación con el segundo supuesto, tanto autonomía como dignidad se verían vulneradas por la decisión médica del odontólogo de continuar con la intervención con el propósito de evitar la realización de una herida que no tuviera después un control asociado a unos males mayores.

La educación ética y deontológica en el ámbito profesional sanitario es crucial para respaldar una buena práctica y la defensa de los derechos humanos.

Por último, los presupuestos tales como “sé”, “he comprendido”, “estoy satisfecho”, “comprendo”, “las descarto”, no resultan ser los mejores aliados para el paciente, debido a que, bajo estas expresiones, lo que prestan son plenas garantías al profesional, pero ninguna al paciente. Presuponen de antemano, sin haber tan siquiera dado la opción a mantener un diálogo, a que el paciente aceptará lo que aparezca redactado en el documento, el cual cuando queda por escrito y firmado, se convierte

en un tipo de aceptación a lo que suceda. La posibilidad de revocación pues, no siempre puede resultar fructífera -y es un elemento a tener en cuenta- porque como cabe esperar, los procedimientos quirúrgicos no pueden dejarse a medio realizar; motivo por el cual el paciente no ve satisfecha su voluntad y al profesional se le otorga plena libertad.

#### 4.2.4. Modelo de Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EXTRACCIÓN DE MOLAR

Yo, D/Dña. .... como paciente de  
D./Dña. .... con número de  
colegiado/a ..... del Colegio Oficial de Odontólogos de  
.....

#### EXPONGO

1. Que, en virtud de los artículos 2.1, 2.2, 3, 8.1 y 8.2 de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* en base al respeto hacia mi persona, se me ha informado de la patología y de las opciones médico quirúrgicas más adecuadas a ésta.

2. Que la dolencia que presento, dolor en un molar, requiere de su extracción por la posible afectación a las piezas de alrededor, por lo que se estima más conveniente, la extracción de ésta, aunque no por ello queda exenta de posibles complicaciones más recurrentes que se citan en el punto siguiente.

3. Que el/la odontólogo/a me ha informado de las complicaciones más comunes asociadas a la intervención tales como sangrado posterior, pérdida de sensibilidad temporal o permanente en la zona afectada y alrededores, hinchazón, dolor, alergias a la anestesia o a cualquier otro producto usado para la intervención y sus curas.

4. Que, en caso de complicaciones, hay medios de curación, aunque el periodo que transcurra hasta la completa recuperación dependerá del grado de afectación y características personales.

5. Que el lenguaje empleado para la proporción de la información ha sido claro y sencillo permitiéndome plantear todas las dudas acerca de la patología y tratamientos.

6. Que se me ha ofrecido la opción de no aceptar dicha intervención, sin perjuicio por ello aun siendo consciente de las consecuencias de no someterme a ésta.

Por todo lo anteriormente expuesto, **ACEPTO** y **CONSIENTO** se me realice la extracción del molar.

En ....., a ..... de ..... de 2023.

FDO.: Odontólogo/a

FDO.: El/la paciente o su representante legal

\* El facultativo/a, en su pleno uso de conocimientos, realiza la intervención que estime más conveniente previa información y consentimiento del paciente, sin menoscabo de aceptar su responsabilidad en caso de posibles complicaciones.

## 5. Conclusiones

El derecho a la salud y a recibir asistencia sanitaria de calidad está reconocido como derecho universal para la ciudadanía y constituye un mandato de las Administraciones de proporcionarlo pese a no cumplirse como se sabe, en algunos lugares del mundo e incluso en nuestro territorio.

Se ha podido vislumbrar, pues, la dificultad que entraña lograr el equilibrio del cumplimiento de los derechos del paciente y los deberes del profesional, sin que haya una confrontación entre los mismos en la práctica sanitaria. Y precisamente es lo que la bioética, como campo de estudio interdisciplinar de todas las controversias sociales resultado de la posible vulneración de derechos, tiene por delante la valoración de la misma. En este caso, del Consentimiento Informado, resultado de uno de los textos más mundialmente reconocidos como es el Código de Núremberg, que sirvió a su vez, de precedente de la posterior Declaración Universal de Derechos Humanos.

Como se ha podido ver a grandes rasgos, capacidad y competencia son dos elementos que, si bien tienen definiciones distintas, no dejan de ser elementales a la hora de poner en práctica el Consentimiento Informado. Esto es, se requiere que la persona sea capaz -que logre entender- y competente -que logre hacer- para poder tomar una decisión correctamente.

No menos importante si cabe, son las diversas consideraciones que han tenido tanto el principio de autonomía como el concepto de dignidad, por parte de autores que han pasado a la historia y que hoy día siguen vigentes, como es el caso de Aristóteles en la Antigua Grecia, Tomás de Aquino en la Edad Media, Kant y Rousseau en la Época Moderna y Rawls y Engelhardt en el siglo XX. Curiosamente, pese a la diferencia de modos de ver y comprender al ser humano, coinciden en un punto y es el de reconocer la importancia que tiene la persona como ser o entre con un valor intrínseco, incalculable y difícil de definir como es la dignidad, sin olvidar además su independencia, autonomía y libertad.

Es necesario replantear el concepto y la formulación del consentimiento informado para que respete verdaderamente la autonomía y la dignidad del paciente.

Al hilo de lo anteriormente comentado y que guarda estrecha relación con el tema central, el Consentimiento Informado, partió con la idea de servir de instrumento que reconociera la plena autonomía y dignidad de la persona en cuanto a su salud, permitiéndole tomar las decisiones lo más adecuadas y acordes posible de forma libre y voluntaria tras recibir la información de la patología por parte del facultativo, bajo el paraguas del respeto, trato adecuado y personalizado.

Si bien no es una práctica totalmente extendida y realizada por los facultativos, el quid de la cuestión reside empero, en el momento en el que se hace un mal uso del mismo, usado como un papel de “firme usted aquí” mediante el que se responsabilice al paciente de toda mala consecuencia eximiendo al profesional por ello. Tampoco debe permitirse que sea visto y considerado como un mero trámite administrativo, como tampoco ser usado como herramienta, antesala y/o autorización a realizar cualquier intervención, sin recibir la atención adecuada ni ceñirse a las características personales del paciente; es decir, sin ser un trato individual y personalizado y la información se base en una consecución de terminología médica que dificulte la comprensión de la misma. Ello resulta ser un craso error y una falta de respeto.

Precisa pues, de un diálogo previo basado en información clara, veraz, suficiente y comprensible.

Estimo pues, que tanto el concepto como la formulación del Consentimiento Informado tal y como se entiende hoy día, están mal planteados. Se debe ser consciente de que, tras la firma hay una persona con nombre y apellidos, motivo por el cual no puede tolerarse verla y tratarla como una dolencia y tratamiento. El hecho de que esta acepte unas consecuencias negativas ante una intervención o medicación, no es significativo de despreocupación y desprotección por parte de ésta.

Consecuentemente, la responsabilidad en este documento debe ser compartida siendo, por una parte, la del paciente de aceptar y asumir para posteriormente consentir los efectos y/o complicaciones que puedan derivarse tanto de si acepta someterse a tratamiento como no, y, por otra, la del profesional en el momento en el que también acepta, asume y consiente, la causación de complicaciones a raíz de la intervención porque ¿Quién realiza tal intervención? El profesional, ergo las complicaciones no tendrían lugar si la intervención no se ejecutara.

Tal práctica, pues, necesita urgentemente de una revisión pero sobretodo, y más importante, de una educación a nivel profesional y social. En el primer caso, hay una carencia ingente de conocimientos éticos y deontológicos que respalden la buena práctica profesional y defensa de los derechos humanos, con especial interés de los derechos del paciente en el ámbito sanitario. Pero no es culpa de los profesionales, sino de cómo está planteada la visión de las profesiones sanitarias por no estar adaptadas acorde a los cambios sociales ni estar focalizadas en las personas, sino solamente en las patologías, diagnósticos y tratamientos.

En el segundo caso, la ciudadanía generalmente, posee escasos o nulos conocimientos médicos, lo que les lleva a confiar en el profesional, quien debe ser consciente de ello e intentar poner sus esfuerzos en que la persona que tiene enfrente pueda ser partícipe de su salud. Afortunadamente, la mayoría de profesionales se involucran con el paciente y persiguen lograr su máximo bienestar, actuando pues, con una verdadera actitud de vocación. Sin embargo, la pregunta es: ¿se logrará algún día formalizar Consentimientos Informados en los que se valoren potencial y realmente los intereses de la persona? Se desconoce. Pero, mientras tanto puede empezarse a trabajar en el replanteamiento del sentido y valor del tal documento para usarlo con el fin con el que surgió: respetar la autonomía y dignidad del paciente.

## Bibliografía

- Albertí, E. y González Beilfuss, M. (2014). *Leyes políticas del Estado*. Pamplona: Civitas. Biblioteca de Legislación.
- Andorno, R. (2011). Dignidad humana. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 658-663). Comares
- Andorno, R. (2012). Los principios de la bioética. En R. Andorno, *Bioética y dignidad de la persona* (32-49). Tecnos

- Andorno, R. (2019). La dignidad humana como principio biojurídico y como estándar moral de la relación médico-paciente. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 195(792), 1-10. <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2316/3342>
- Aparisi, A. (2022). La fundamentación de los derechos. Declaraciones internacionales. *Aspectos antropológicos Tema 8* (1-35). Máster Interuniversitario de Bioética y Bioderecho ULL-ULPGC
- Atkins, K. (2006). Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach. *Nursing Philosophy*, 7(4), 205-215. <https://onlinelibrary-wiley-com.accedys2.bbt.ull.es/doi/epdf/10.1111/j.1466-769X.2006.00266.x>
- Boladeras Cucurella, M. (2011). Principio de autonomía. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 107-113). Comares
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. (BOE, 23 de julio de 1999). <https://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>
- Consentimiento Informado para la extracción dental. Colegio Oficial de Dentistas de Almería. (2023). [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.codeal.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2FCONSENTIMIENTO-PARA-LA-EXTRACCION-DENTAL.doc%3F\\_gI%3D1\\*1tc4wgv\\*\\_ga\\*NTg2MDQxNzg2LjE2Nzg0NDQ4NDM.\\*\\_up\\*MQ..&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.codeal.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2FCONSENTIMIENTO-PARA-LA-EXTRACCION-DENTAL.doc%3F_gI%3D1*1tc4wgv*_ga*NTg2MDQxNzg2LjE2Nzg0NDQ4NDM.*_up*MQ..&wdOrigin=BROWSELINK)
- Consentimiento Informado para la extracción de dientes incluidos. Colegio Oficial de Dentistas de Almería. (2023). [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.codeal.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2FCONSENTIMIENTO-INFORMADO-PARA-LA-EXTRACCION-DE-DIENTES-INCLUIDOS.doc%3F\\_gI%3D1\\*9iorbm\\*\\_ga\\*NTg2MDQxNzg2LjE2Nzg0NDQ4NDM.\\*\\_up\\*MQ..&wdOrigin=BRO](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.codeal.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F10%2FCONSENTIMIENTO-INFORMADO-PARA-LA-EXTRACCION-DE-DIENTES-INCLUIDOS.doc%3F_gI%3D1*9iorbm*_ga*NTg2MDQxNzg2LjE2Nzg0NDQ4NDM.*_up*MQ..&wdOrigin=BRO)
- Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Asociación Médica Mundial (2007). <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)
- Galende Domínguez, I. (2011). Derecho a la información sanitaria. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo I a-h* (pp. 544-551). Comares
- Guerra Vaquero, A.Y. (2016). El paciente como sujeto de derechos. La autonomía de la voluntad como fundamento del consentimiento informado y de las instrucciones previas. *Bajo Palabra. Revista de Filosofía* (12), 153-162 <https://revistas.uam.es/bajopalabra/issue/view/634/328>

- González De Cancino, E. (2011). Persona. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp. 1253-1262). Comares
- González R. Arnaiz, G. (2006). Bioética: ¿Se puede hablar de una ética profesional sanitaria? *ÁGORA*, 25(1), 135-165  
<https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/1305/06.Gonzalez.pdf?sequence=1>
- Gracia, D. (2011). El principio de autonomía. En D. Gracia, *Fundamentos de Bioética* (pp.182-1187). Triacastela
- Ittis, A. (2006). Lay concepts in informed consent to biomedical research: the capacity to understand and appreciate risk. *Bioethics*, 20(4), 180-190.  
[https://www.academia.edu/25451272/Lay\\_Concepts\\_in\\_Informed\\_Consent\\_to\\_Bio\\_medical\\_Research\\_The\\_Capacity\\_to\\_Understand\\_and\\_Appreciate\\_Risk](https://www.academia.edu/25451272/Lay_Concepts_in_Informed_Consent_to_Bio_medical_Research_The_Capacity_to_Understand_and_Appreciate_Risk)
- La Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas (s.f.).  
[https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002).  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
- López de la Vieja, M.<sup>a</sup> T. (2011). Ser humano. En C.M. Romeo Casabona (dir.), *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Tomo II i-z* (pp.1522-1528). Comares
- Ortiz A., Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 644-652. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864010705824>
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado (2023).  
[https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/ccpr_SP.pdf)
- Seijas Villadangos, E. (1997). La dignidad de la persona como fundamento del Ordenamiento Constitucional español. *Revista de las Cortes Generales*, 42, 341-347. <https://revista.cortesgenerales.es/rcg/article/view/1045/314>
- Simón Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(102), 325-348. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a06.pdf>
- Simón Lorda, P. (2002). Casos prácticos. En M.A. Broggi, *Problemas prácticos del consentimiento informado* (135-147)  
<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/4449015/cuaderno5.pdf/3a34abc2-5da3-4443-bdf9-79866b563e46?t=1420643097000>
- Valls, R. (2015). El concepto de dignidad humana. *Revista de Bioética y Derecho* (número extra, recopilatorio especial), 278-285.  
<https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/14719/17894>