

Bioética y derecho civil

Gisela M^a Pérez Fuentes

Profesora Auxiliar de Derecho Civil,

Facultad de Derecho, Universidad de La Habana,

Cuba.

El hombre es portador de un conjunto de cualidades inseparables de sí como persona, que le son intransferibles, inajenables e inviolables, y que el Derecho ha de proteger y defender. El rescate del Derecho Civil por una de sus principales instituciones, la persona, su valoración y la protección jurídica de sus derechos inherentes, se convierte en un punto de contacto central entre el Derecho y la Bioética, a partir de la definición dada por la *Encyclopedia of Bioethics*: "Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales"(1).

Por su parte, "las proyecciones de la personalidad" son tratadas en la doctrina jurídica civil como derechos inherentes de la personalidad, entre los que se destacan en primer lugar: la vida, la integridad corporal, la dignidad, el honor, la intimidad, entre otros. Estos valores que se encuentran indisolublemente vinculados al hombre le garantizan un adecuado nivel en la calidad de la vida. Si al Derecho le corresponde normativamente proteger al hombre como persona natural, ¿podríamos considerar la salud como un derecho inherente a la personalidad?

Para ofrecer una respuesta susceptible de filiación jurídica, es importante no confundir en la doctrina de los derechos de la persona-

lidad la determinación del objeto de tales derechos. Así, el todo (la persona) no tiene como objeto a una de sus partes (mano) o cualidades (salud) sino que el derecho integra y forma tales partes y propiedades. El hombre en cuanto individuo y miembro social es el considerado como sujeto-objeto de tales derechos. Tal posición no hace referencia a un derecho sobre el propio cuerpo sino sobre su esfera jurídica, la salud es la cualidad más preciada del hombre en cuanto garantiza el principal derecho de la personalidad: el derecho a la vida.

Las normas morales que informan los deberes del facultativo con el paciente, configuran la denominada Deontología Médica y sus principios abarcan lo relacionado con la conducta a seguir por el médico, así como la de todo el personal de la salud, en sus relaciones con el hombre enfermo o sano, la relación médico-paciente-familiar y los derechos del paciente, los patrones de conducta que adopta el médico ante el paciente, el consentimiento informado, la experimentación en seres humanos, entre otros.

Si bien es cierto que la violación de estos principios no entraña sanción jurídica, ni son exigibles con carácter obligatorio, moral y profesionalmente implican la necesidad y el deber de su observancia, único medio para lograr los fines sociales de la Medicina.

En la práctica contemporánea, normas morales y jurídicas se van entrelazando y complementando: las normas deontológicas van adquiriendo una apariencia jurídica (2) y los pilares jurídicos en que se asienta la responsabilidad médica fundamentalmente de origen jurisprudencial toman a menudo muy en cuenta consideraciones de procedencia deontológica (3).

La responsabilidad del médico no sólo se limita a la condena a una sanción penal, sino también puede originar reclamación civil, a la que dedicaremos además parte de nuestro trabajo. Ambas acciones, penal y civil, al ser analizadas, guardan una estrecha vinculación con las normas éticas de la profesión y sin duda éstas constituyen la clave de la responsabilidad jurídica.

En el plano de la Ética médica, jamás se ha negado la existencia de responsabilidad moral ante la comunidad y los colegas de profesión. La labor trascendental que desempeña el médico en cualquier sociedad, por demás humana y altruista, y la gravedad que ocasiona una mala práctica, implican que, desde el ángulo obligacional, su responsabilidad moral cobre mayor peso que en el resto de las profesiones.

La responsabilidad jurídica no ha resuelto ser tan evidente en todo momento; no han faltado quienes la han negado, declarando la impunidad ante las leyes. No obstante, esta posición resulta insostenible hoy en día si consideramos los principios sociales en los que descansa la moderna teoría de la responsabilidad (4), así como los cambios experimentados en Medicina, tales como la socialización y la colectivización, la especialización médica y la introducción de método y tratamientos nuevos y avanzados que transforman la llamada -por algunos autores- "Medicina tradicional".

La tutela jurídica del paciente, a través del Derecho, que permite ejercitar la acción penal, así como la reparación del daño por vía del proceso civil, redundan en beneficio de la sociedad en general, de la profesión médica en particular, e implica una garantía para el paciente.

La atención médica deviene, en nuestros días, derecho del paciente; derecho a que se le proteja este "bien" inherente a su persona, de lo que se infiere la necesidad de fomentar la conciencia jurídica social respecto a los daños que se originen de una actuación médica inadecuada. "Se trata, en último término, de establecer las relaciones entre los médicos y los enfermos sobre el principio de autonomía y no sobre la dependencia"(5).

Es en este punto donde ha de situarse la responsabilidad jurídica -penal y civil-, a fin de encontrar la medida justa. La imputabilidad judicial del médico no puede amenazar a la profesión, de forma que menoscabe el oficio galeno cuando éste se ejerce con amor y devoción; pero tampoco ha de olvidarse que "el enfermo ostenta la misma dignidad personal que cuando estaba sano y le son inherentes unos derechos inviolables, protegibles judicialmente cuando el médico por acción u omisión los viola..."(6).

La base de la responsabilidad jurídica: los principios que informan la relación médico/paciente

Si bien es cierto que la temática que abordaremos a continuación conforma cuestiones éticas y más aún, gran parte de la temática biomédica, consideramos necesario referirnos brevemente a algunos de sus aspectos fundamentales por ser del criterio que en el fundamento de la responsabilidad jurídica del médico subyace el incumplimiento o la violación de los llamados deberes médicos y, por consiguiente, la relación médico-paciente se ve afectada de una u otra manera.

La relación médico-paciente, como relación interpersonal, se configura en nuestros

días como una relación esencialmente conflictiva. El conflicto se agudiza si tenemos en cuenta que no sólo interactúan el médico y el paciente, sino además la enfermera, la dirección del hospital, el personal auxiliar, los técnicos de la salud, la familia, entre otros (7). Todos ellos y siguiendo el criterio de Diego Gracia, pueden reducirse a tres factores fundamentales: el médico, el paciente y la sociedad. Cada uno de ellos o todos, rigen su conducta, sus actos, fundados en principios morales, éticos. Estos principios pueden considerarse fundamentales y decisivos en dicha relación, como lo son también en la Bioética médica; la Bioética fue establecida como una nueva área en los estudios interdisciplinarios de la conducta humana en el cuidado de la salud, a la luz de los valores morales, en la década de 1960 y comienzos de la de 1970. Los médicos seguidores de la Ética médica clásica y tradicional, fueron objeto de numerosas críticas, debido a que se comportaban de forma paternal en relación con sus pacientes y configuraban el tratamiento médico de manera dogmática, sin una adecuada explicación relativa a las condiciones y diagnóstico de la enfermedad, a qué tipos de tratamiento iban a someter al paciente, sus posibles riesgos y beneficios. Durante este movimiento pro derechos del paciente en el mundo desarrollado, se promulgaron diversas leyes contra el paternalismo de los médicos y las Cortes trataron de establecer principios éticos y legales tomando como base el Código Ético de Nuremberg, de 1947.

Principio de autonomía

El primer principio fundamental a que hacen alusión los autores es el de la auto-

mía, que según su etimología significa facultad para gobernarse a sí mismo. Bajo el prisma de la Bioética moderna y en el marco de las sociedades contemporáneas, el principio de autonomía es considerado e interpretado de distintas formas: como derecho moral y legal, como deber del médico y como derecho del paciente.

El derecho de autonomía se sustenta en la existencia de la capacidad de autogobierno (8), la que a la vez constituye un derecho moral profundamente arraigado en la existencia del ser humano, generando al mismo tiempo el deber que tienen el resto de las personas de respetar dicho derecho moral. Se manifiesta, pues, como un modo de conducirse en las relaciones interpersonales que faculta en el sujeto la capacidad de poder ejercitar el autogobierno.

El concepto enunciado anteriormente no difiere en el plano de la relación médico-paciente y genera para el facultativo la obligación moral de respetar los valores de sus pacientes, así como de impedir que sus propios valores influyan en las decisiones en el tratamiento. Pero el concepto de autonomía quedará sujeto, en definitiva, a la valoración que el médico tenga sobre la ética que informa su profesión. Existen dos marcos éticos generales en la práctica médica (9): en uno, lo esencial y decisivo es el bienestar del paciente y, por tanto, a éste se subordina su autonomía. Desde este prisma son consideradas como correctas y acertadas las acciones del médico que estén encaminadas a ocasionarle al paciente su bienestar, ocupando la autonomía un segundo plano en dichas relaciones. La segunda manera de actuar, que puede considerarse como marco ético general, se refiere al respeto al paciente y al ejercicio de su auto-

nomía; se trata de una ética orientada hacia la acción y no hacia los resultados (10): desde esta posición, la autonomía juega el papel fundamental.

Si bien es cierto que se consideran dos marcos éticos generales, al principio de autonomía se le han conferido cuatro sentidos o acepciones: como acción libre, como autenticidad, como deliberación efectiva y como reflexión moral (11).

El principio de autonomía como acción libre significa voluntariedad e intencionalidad. Se considera que una acción es voluntaria cuando ésta no es el resultado de la coerción, de la imposición o influencia inductiva, del mismo una acción es intencional cuando es el producto del acto consciente del paciente.

La autonomía como autenticidad alude a las actitudes, posiciones, valores y planes de vida de la persona; se considera que una conducta es inauténtica cuando tiende a ser inusual e inesperada, cuando el paciente asume una actitud distinta a la que se espera que adoptaría en unas condiciones dadas.

La autonomía es considerada una deliberación efectiva cuando el paciente considera que estaba llamado a tomar una decisión, se encontraba advertido de las alternativas que podía adoptar, pudo y debió valorar todas éstas, las consecuencias que implicarían y, por tanto, elige una acción basándose en esa deliberación (12). La deliberación efectiva difiere de la autenticidad y de la libre acción; éstas implican, como explicábamos anteriormente, voluntad e intención y no ser el resultado de una deliberación efectiva. Se considera, por tanto, que en Medicina no existe deliberación efectiva si el paciente considera que el médico ha de adoptar las decisiones en

relación con el tratamiento. El basamento teórico de la doctrina del consentimiento informado, que explicaremos más adelante, protege y defiende el derecho de autonomía cuando ésta es considerada e interpretada como auténtica deliberación efectiva.

La última acepción atribuida a la autonomía concibe la aceptación de los valores morales del paciente sobre los cuales éste actúa. En este sentido, el médico está en el deber de respetar el conjunto de principios morales que el paciente considera como suyos. No obstante, es importante valorar hasta qué punto dichos valores pueden influir en la salud y aún en la vida de la persona, desechando por razones convincentes que el paciente tome una decisión irracional acerca de su vida o inclusive acerca de las personas que tiene bajo su tutela, tales como los hijos, personas incapacitadas en sus facultades mentales, personas de avanzada edad, entre otros. Un ejemplo clásico sería el de un miembro de la secta Testigos de Jehová que se rehúse a aceptar que a su hijo menor le apliquen una transfusión de sangre para salvarle la vida, debido a sus creencias religiosas, o un paciente enfermo de Sida que se niegue a que su pareja conozca de su enfermedad.

Principio de autonomía y límite a su legalidad

Otra cuestión referente al principio ético de autonomía y el límite a su legalidad es el de su fundamento. Se ha planteado que, aún cuando todavía éste es objeto de debate, se considera que la autonomía tiene un fundamento legal en el derecho a la intimidad. Este derecho ha sido consagrado en algunos países como derecho de la persona o derecho

inherente a la personalidad, ejemplo de ello es España y Perú. En Perú se recoge el derecho a la intimidad en el Código Civil, libro primero, título II, y la Constitución española también alude a este derecho, en el artículo 18, apartado 1: lo desarrolla conjuntamente con el derecho al honor y a la propia imagen. La Ley Orgánica del 5 de mayo de 1982 de este mismo país ha desarrollado la protección civil del mencionado derecho; otros países no lo tratan en su Constitución, tales como los Estados Unidos de América, México y Cuba.

El derecho a la intimidad en términos prácticos ha sido fundamento esgrimido para proteger la facultad de paciente a rechazar un tratamiento médico. Para que el paciente rehúse un tratamiento determinado y por consiguiente ejercite su autonomía, es necesario que sea tratado con el respeto debido, ha de solicitarse su consentimiento expreso, pero para ello será necesario que previamente se le informe, de manera clara y asequible, sobre los aspectos fundamentales de su padecimiento, los riesgos a que estará sometido, las consecuencias que le podrá implicar, así como las alternativas que tiene a su disposición.

Ahora bien, no olvidemos que existen determinadas situaciones en que el principio de autonomía se encuentra restringido, limitado e inclusive imposibilitado, tales pueden ser la incapacidad temporal para el ejercicio de la autonomía (menores de edad), la falta de capacidad, la pérdida permanente de la autonomía (paciente de edad avanzada con arteriosclerosis), la ausencia total de ésta (enajenados mentales), así como casos de urgencia en los que no resulta posible realizar las consultas requeridas (13).

En todos estos casos las personas se en-

cuentran desposeídas de sus capacidades cognitivas y volitivas suficientes para hacer uso de la autodecisión. Con mucho acierto se ha dicho que hay que considerar que la autonomía no es una condición de todo o nada; más bien existen diversos grados que permiten o no ejercerla, total o parcialmente (14).

Un concepto más amplio y que abarca a la autonomía es el de la integridad, proveniente del latín "integer", que significa totalidad, entereza o unidad intacta (15). La pérdida de la integridad incide de forma directa en el ejercicio del autogobierno, determinando que no se pueda obrar como ser humano.

En la Ética médica se le ha conferido a la integridad dos sentidos: la integridad de la persona, del paciente y del médico, y el hecho de ser una persona de integridad (16). En el primer supuesto se interpreta la integridad como el derecho moral que a cada ser humano, por su condición de tal, le está atribuido. El segundo es una virtud, un hábito moral adquirido por la práctica constante de nuestra relación con los demás (17).

Después del análisis de este concepto, entendemos que una limitación a la integridad y al respeto del ejercicio de la autonomía de un paciente sería, precisamente, que éstos entrarán en conflicto con los mismos derechos que le están atribuidos a otras personas. Estas podrían ser, por ejemplo el médico. Si los valores morales del paciente se contraponen a los del médico, el primero no está facultado a violar la integridad y la propia autonomía del segundo. El paciente no puede pretender que el médico realice una conducta que no se ajusta a los principios éticos que él tiene como suyos.

El derecho legal a la autodeterminación y

a la intimidad ha sido una poderosa restricción para el paternalismo tradicional y benevolencia del médico y un impulso a la doctrina del consentimiento informado (18). Precisamente en la relación médico-paciente se analiza el paternalismo. Este ha sido definido como la interferencia que se hace a la libertad de acción de una persona, justificada por el bienestar, la necesidad, los intereses y los valores de ella misma (19). De su análisis deducimos fácilmente que este principio no es más que uno de los marcos éticos generales de los enunciados anteriormente. El paternalismo implica la usurpación, por parte del médico, del derecho moral que tiene el paciente de decidir lo que es mejor para sus propios intereses (20).

Los autores que refutan tal posición plantean que la misma viola la integridad de la persona y, por ende, no puede considerarse como un acto de beneficencia, porque para que el acto médico pueda ser valorado como tal, es decisivo el respeto a los valores del paciente, si bien es cierto que muchas personas prefieren ser tratadas paternalmente y "se ponen en las manos del médico"(21).

Ante la disyuntiva de tomar partido por uno de los marcos éticos analizados -el respeto a ultranza de la autonomía del paciente versus el paternalismo ejercido por el médico- nos remitiremos como base teórica al concepto de Ética médica. Esta es parte de la moral imperante, la que, a su vez, como forma de la conciencia social, está determinada en última instancia por el ser social, es decir, por la realidad de la sociedad en la que viven y de que son parte tanto el médico como el paciente. La conducta ha seguir debe ser determinada en cada caso, por tanto, y se situará entre ambas posiciones, las que, en lugar de

negarse, se complementarán.

Analizando el mismo objeto de estudio desde otro ángulo, quizás más asequible por práctico, pudiéramos preguntarnos si cabría esperar igual capacidad para dar su consentimiento informado de una persona de la clase media de un país desarrollado, que quizás posea instrucción superior, tenga acceso a la información científico-técnica y posibilidades reales de acudir a diferentes centros asistenciales, que de un trabajador agrícola del Tercer Mundo, analfabeto, aislado y hambreado, y que ha logrado ser atendido de su dolencia por un hospital público, quizás soportado por la caridad.

Consideramos evidente que en el primer caso, cabe esperar mayor capacidad de decidir con libertad real que en el segundo: no sería lógica la aplicación del paternalismo en el primero de los supuestos planteados, en primer lugar por ser innecesario. No sería justo contentarse con el consentimiento informado en el segundo caso, ya que ese paciente -que por hipotético no deja de ser posible en 400 millones de casos en el mundo de hoy- difícilmente podría discernir en realidad qué se le plantea que autorice o que escoja, si es que pudiera escoger.

Principio de beneficencia

El tercer principio al que alude la literatura acerca del tema en cuestión es el de la beneficencia, principio recogido generalmente en los códigos éticos y deontológicos del ejercicio de la Medicina. Una conceptualización general de la beneficencia podría definirla, en sus dos aspectos como el ejercicio de los deberes médicos que prohíben que el facultativo le cause al paciente cualquier tipo de

daños y, por otro, lado, la obligación que tiene el primero de realizar acciones positivas en beneficio de las necesidades de asistencia. Como decíamos, este principio se recoge en los códigos éticos, como el español, que en su artículo 4º refrenda: "La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico".

Principio de justicia

El último principio al que haremos referencia es el de justicia, interpretado en dos sentidos. Se plantea por algunos autores que el principio en cuestión alude al hecho del tratamiento igualitario que se le ha de brindar a todos los pacientes o a todas las necesidades de asistencia médica, sin distinción de ninguna clase por razones de sexo, edad, raza, posición social, entre otros. Una segunda acepción del principio lo engloba como la posición de igualdad que tienen tanto el médico como el paciente en la relación interpersonal que entre ellos se establece, o sea, ambas partes de dicha relación se encuentran en un mismo plano, siendo sujetos de deberes y derechos respectivamente. Desde esta posición, el médico en virtud de su profesión y de su competencia técnica, no es un ente separado de la sociedad, que ostente facultades que puedan superar la posición de los restantes miembros de la colectividad.

Estos principios operan en forma de deberes primarios en la profesión médica y en la relación médico-paciente se ha de hacer lo posible por tratar de ponderar el punto justo y el equilibrio entre ellos. Numerosos códigos

deontológicos como el de Londres de 1949, la Declaración de Helsinki o Código Ético de la Asociación Médica Mundial de 1964, el Código Internacional de Nuremberg de 1947, la Declaración del Comité Permanente de Médicos de la CEE de 1967, y la Declaración de Sidney de 1968, recogen de forma más o menos ordenada éstos y otros deberes médicos, tales como el deber relacionado con la información, el relativo a la competencia profesional, el deber de asistencia y el de certificación (22). Todos estos deberes médicos, que a su vez generan derechos para el paciente, encierran una gran connotación y trascendencia a los efectos de la determinación de la responsabilidad jurídica del médico cuando, en el ejercicio de su profesión, ocasione una lesión o daño al paciente.

El deber relacionado con la información

Al deber que analizamos a continuación hemos preferido darle un tratamiento específico por ser, a nuestro criterio, el que más conflictos genera en la relación médico-paciente, a los efectos de determinar una posible responsabilidad jurídica del facultativo.

En líneas anteriores recogíamos cómo los deberes del médico están recogidos en los códigos éticos de la profesión. El deber de información constituye uno de los más importantes en los momentos actuales en que, si bien es sistematizado como deber ético, en muchos países existe un prerrequisito legal en los procesos judiciales donde se analice un caso de responsabilidad médica. Un ejemplo de ello es la posición de la Corte Suprema de los Estados Unidos de América, en el sentido de que "...el deber de informar al paciente no es una costumbre, sino una obligación que

viene impuesta por la ley"(23).

Este deber u obligación, según se le considere, comprende dos aspectos fundamentales. Primero, la necesidad de que el médico explique o aclare al paciente los extremos más importantes de su enfermedad, así como la conducta que debe seguir, las precauciones que debe tomar. En segundo lugar, el deber de advertir al paciente los riesgos que entraña el tratamiento u opciones a seguir, de forma que éste nunca desconozca la naturaleza de dicho tratamiento, las consecuencias o efectos secundarios que puede tener, o las posibles secuelas de una operación.

Surge entonces la necesidad de que el médico aporte al paciente todos los elementos necesarios para que éste brinde un consentimiento fundado, razonado e inteligente, basado en los conocimientos que el médico le propició. Esta información que el médico proporciona ha de funcionar como parte integrante de la obligación general hacia el paciente de revelar las alternativas disponibles respecto a la terapia propuesta, así como los peligros inherentes y potenciales implicados en cada decisión. La aceptación o rechazo del paciente respecto a un tratamiento constituye una manifestación del ejercicio de su autonomía, pero éste ha de hacerse sobre la base de la información que posee el paciente de su enfermedad, diagnóstico, tratamiento y opciones.

El médico puede determinar cuál es la información real que necesita el paciente, no se trata de impartir lecciones de Medicina, sino aclarar de forma explícita las cuestiones que puedan considerarse de mayor importancia. Así, para que el consentimiento del paciente sea efectivo, ha de ser un consentimiento informado. Se retoman entonces, en

este punto, los dos marcos éticos generales del ejercicio de la Medicina. Si el médico rige su actuación basado en el principio de proporcionar al paciente su máximo beneficio, le informará solamente de los aspectos que considere que no serán rechazados por él. Si por el contrario, sus actos están basados en la consideración y el respeto hacia la autonomía, pondrá a disposición del paciente toda la información antes de tomar una decisión.

Especial relevancia connota el consentimiento informado en determinados procesos en Medicina, como son la donación de órganos, la experimentación en seres humanos y la cirugía estética; en ellos ha de tenerse especial cuidado y rigurosa atención en los aspectos que hemos apuntado.

Si bien es cierto que la información y el consentimiento forman parte de la relación médico-paciente y ésta puede desarrollarse en una franca discusión en la consulta, al remitirnos a la bibliografía extranjera, apuntamos que en algunos países como México, Estados Unidos, Francia, Dinamarca, Holanda y Suecia, la información se brinda, en ocasiones, a través de impresos o formularios escritos en los que posteriormente solicitan el consentimiento. Objeto de fuertes críticas constituyen estos impresos, al plantearse que, con frecuencia, no cumplen su objetivo ni los pacientes reciben la información adecuada.

Las críticas a los impresos son fundamentalmente en dos sentidos: porque tienden, cada día más, a ser un requisito legal para evitar problemas judiciales posteriores, en vez de constituir realmente un instrumento de comunicación y, en este sentido, es menos probable que prospere una demanda ante los tribunales; y, por otro lado, porque los formularios emplean un lenguaje cuya compren-

sión requiere de un nivel cultural elevado por parte del paciente y de los familiares.

En nuestro país, el folleto que recoge los principios éticos de la profesión médica trata el deber de información hacia el paciente y sus familiares. De igual forma, recoge la necesidad de obtener el consentimiento del paciente o de sus familiares antes de la aplicación de cualquier medida que pueda implicar alto riesgo para la vida, pero nos parece necesario que el consentimiento fundado y razonado deba obtenerse antes de la realización de cualquier proceder médico, siempre y cuando las circunstancias lo permitan. La aceptación o rechazo por parte del paciente constituye una manifestación particular del ejercicio de su autonomía, y la garantía de éste principio, en todo ciudadano objeto de cuidados médicos, permite el pleno ejercicio de sus derechos.

Citas bibliográficas

(1) Encyclopedia of Bioethics. New York, 1978, vol. I, p.XIX.

(2) Llamas Pombo, Eugenio: "La Responsabilidad Civil del Médico. Aspectos Tradicionales y Modernos". Ed. Trivium. pag. 41. Cita que tanto su formulación como en el ingrediente coercitivo que les proporciona la gestión disciplinaria de los colegios profesionales.

(3) Ibidem, pag. 41.

(4) Ibidem, pag. 42.

(5) Alonso M. Pérez, Prólogo a Llamas Pombo, ob.cit. pag. XIV.

(6) Ibidem, pag. XIV.

(7) Gracia, Diego, "Introducción a la Bioética", del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. I, nn 5 y 6, mayo-junio, 1990.

(8) Pelegrino D. Edmund, "La Relación entre la Autonomía y la Integridad en la Etica Médica", tomado del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol I, nn 5 y 6, mayo-junio, 1990.

(9) Lara María C. y De la Fuente Juan R. "Sobre el Consentimiento Informado", tomado de ob.cit.

(10) Ibidem.

(11) Miller Bruce L. "Autonomy and Paternalism", Beauchamp Tom L.-Walter LeRoy "Contemporary Issues in Bioethics", 2^a ed. Belmont, California.

(12) Ibidem.

(13) Lara M C y De la Fuente J.R. Ob.cit.

(14) Ibidem.

(15) Pelegrino D. Edmund. ob.cit.

(16) Ibidem.

(17) Ibidem.

(18) Ibidem.

(19) Miller L.Bruce, ob.cit.

(20) Pelegrino D. Edmund, ob.cit.

(21) Lara M.C. y De la Fuente J.R. ob.cit.

(22) Vid. Meisel A y Roth, "What we do and do not know about informed consent". JAMA, 246: 2473.

(23) Para la posición de la Corte Suprema norteamericana, Vid. Callahan, Daniel. Tendencias actuales de la ética biomédica en los Estados Unidos de América. Publicación Científica 527, OPS.