

EXPERIENCIA PRÁCTICA: ANÁLISIS DESDE EL PUNTO DE VISTA FORMAL DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

M^a Ángeles Navarro Perán

*Enfermera; Vicepresidenta del Comité de Ética Asistencial
del Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud*

Juan Antonio Fernández Campos

*Profesor Titular Derecho Civil Facultad de Derecho Universidad de Murcia, Vicedecano de la Facultad de
Derecho de la Universidad de Murcia, Miembro del Comité de Ética Regional "Gómez Rubí" de Murcia*

ABSTRAC:

Introducción:

El ámbito asistencial sanitario se encuentra presidido por un nuevo modelo de relación clínica, totalmente alejado del planteamiento paternalista tradicional. En el momento actual el paciente se sitúa como centro de la relación, al ser considerado como sujeto capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y salud.

El Consentimiento Informado se ha convertido en un elemento nuclear en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Convirtiéndose en un documento de apoyo para todos los profesionales sanitarios que llevan a cabo su labor profesional tanto en centros públicos, como en centros privados.

Objetivos:

Describir el origen y desarrollo del Consentimiento Informado dentro de la actividad sanitaria dentro de nuestro país.

Análisis en profundidad, del consentimiento informado en la especialidad de anestesia en el Hospital Rafael Méndez de Lorca.

Metodología:

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, dividido en primer lugar en un comentario de búsqueda de evidencia científica sobre el origen y desarrollo del Consentimiento Informado, y una segunda parte donde se expondrán los resultados del trabajo de campo resultante del análisis de las características del modelo de Consentimiento Informado que utilizamos en el Centro Hospitalario Rafael Méndez de Lorca.

Los ítems son los siguientes:

1. Datos del centro hospitalario:
2. Datos del paciente:
3. Datos del facultativo:
4. Procedimiento.

Resultados-Conclusiones:

En general los apartados de datos referentes al paciente y el procedimiento en prácticamente un 100% cumple con una correcta cumplimentación, pero es en el apartado de datos a cumplimentar por el facultativo, los que dejan al descubierto una llamativa falta de responsabilidad en la correcta cumplimentación de los apartados analizados como son: el nombre y apellidos del facultativo con un 74%, la no cumplimentación del número de colegiado con un 80,4%, y la no firma en un 30,6%, algo básico en la tarea de anestesista antes de la realización de un procedimiento programado al menos con dos semanas de antelación, en donde es facilitado al paciente, que nos hace pensar al resto de profesionales sanitarios que depende de nosotros mismos ciertas tareas básicas recomendadas por la ley, y que las cargas de trabajo o la desinformación no pueden ser causa de una mala praxis. En todos está la responsabilidad de una atención sanitaria correcta y de calidad.

Palabras clave: Anestesia, Consentimiento informado

1. INTRODUCCIÓN.

El ámbito asistencial sanitario se encuentra presidido por un nuevo modelo de relación clínica, totalmente alejado del planteamiento paternalista tradicional. En el momento actual el paciente se sitúa como centro de la relación, al ser considerado como sujeto capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y salud.

El Consentimiento Informado se ha convertido en un elemento nuclear en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Convirtiéndose en un documento de apoyo para todos los profesionales sanitarios que llevan a cabo su labor profesional tanto en centros públicos, como en centros privados.

La palabra consentimiento, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, significa acción y efecto de consentir. Se entiende por consentimiento el permitir una cosa, conceder que se haga o la existencia de conformidad de voluntad entre las partes.

La definición más sencilla desde el punto de vista jurídico es la de Cerdá de 1976, “que entiende por consentimiento el acuerdo entre dos voluntades”.

Siguiendo a Moya 1994, “el consentimiento de una persona o el comportamiento de otra, se manifiestan a través de actos que pueden tener consecuen-

cias jurídicas, constituye un acto jurídico y, por lo tanto, ha de reunir los requisitos objetivos, subjetivos y formales para producir los efectos de dichos actos”. El Manual de Ética del Colegio de Médicos Americano definió el Consentimiento Informado como: “La explicación a un paciente atento y mentalmente capaz de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”.

El 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, señala en su artículo 5: “Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento”.

Remontándonos al siglo XVIII, la filosofía y la teoría política habían evolucionado lo suficiente como para defender la autonomía moral. Hay que destacar las decisiones judiciales de los tribunales de los Estados Unidos de América, como causa de la incorporación del Consentimiento Informado a la práctica médica. Simón y Couceiro (1995), consideran que son cuatro los factores que han influido de forma decisiva para convertir el Consentimiento Informado en un requisito imprescindible: el desarrollo de esta teoría en los Estados Unidos, el movimiento de reivindicación de los Derechos Civiles, el Código de Núremberg de 1947 y por último el desarrollo de una nueva disciplina que conocemos como Bioética.

Sin olvidarnos de la opinión del bioeticista de referencia a nivel nacional, Diego Gracia (1989) “la jurisprudencia americana del siglo pasado vio la capacidad de decisión de la terapéutica, como parte de una buena asistencia médica, más que un derecho legal autónomo e independiente”

La estructura del documento de consentimiento informado la podemos describir en:

- Estructura formal.

El texto debe aparecer sólo en una cara de la hoja, con una tipología de grafos que sean fácilmente legibles.

- Estructura interna.

Debe contener apartados mínimos como: los datos de filiación del paciente y administrativos, el procedimiento para el que se requiere el consentimiento,

servicio que solicita el consentimiento, profesional que lo solicita, en qué consiste el procedimiento que se va a realizar, cómo se realiza habitualmente ese procedimiento, riesgos que presenta el procedimiento a realizar, posibles complicaciones más frecuentes, posibles resultados no previstos o no deseados, riesgos personalizados, es decir, los debidos a las características particulares del paciente en cuestión, declaración de haber sido correctamente informado y su autorización, firmas y autorización del representante legal en caso de incapacidad.

CARACTERÍSTICAS que debe cumplir el documento:

1. Debe ser individualizado a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

2. Lenguaje claro y que no asuste, descripción breve y clara del procedimiento, evitar los riesgos y alternativas no probadas o de rendimiento no satisfactorio a juicio del facultativo, ordenar el riesgo de menos a más con alguna calificación respecto a su frecuencia o excepcionalidad, evitar en general los porcentajes, autorización a cambiar el procedimiento aconsejado según el mejor criterio del facultativo en caso de imprevistos, dejar constancia de la posibilidad de ampliación oral en la información y de la posibilidad de revocación en la autorización, añadir apartado de observaciones con espacio suficiente para especificar lo que se estime oportuno, después de la conversación con el paciente.

Con 3 partes primordialmente: Preámbulo, Cuerpo, Epílogo.

OBJETO:

Viene dado por el tratamiento médico-quirúrgico, ajustado a la *lex artis ad hoc* y con los riesgos que le son inherentes, pero no comprende el resultado que es aleatorio.

La intervención abarca a los supuestos de intervenciones quirúrgicas, si bien puede parecer discutible afirmar que engloba también a los supuestos de tratamiento.

- La información como elemento indispensable del consentimiento informado.

La ley básica 41/2002 es muy clara a este respecto cuando dice que “el titular del derecho a la información es el paciente, admitiendo la posibilidad de que sean también informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”

El deber legal del médico es obtener el Consentimiento Informado por parte del paciente; la obligación legal de las Profesionales de Enfermería se limita, por lo general a testificar que el paciente ha firmado el documento y que está de acuerdo con lo que éste manifiesta.

La no utilización de éste puede dar lugar a que se considere la conducta como constitutiva de un delito de coacciones art. 172 del Código Penal.

- En nuestra legislación la figura del Consentimiento Informado queda reflejado en:

- ✓ La Constitución Española en su artículo 15 y 16.1.
- ✓ Ley General de Sanidad art. 10 y 11 de 25 de abril de 1986.
- ✓ La Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre Extracción y Trasplante de órganos.
- ✓ Ley 35/1988, de 25 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida
- ✓ Ley 42/1988, de 28 de diciembre, sobre donación y utilización de embriones y fetos humanos.

Ley 25/1990 del Medicamento.

- ✓ R.D. 1854/1993, de 22 octubre, donde se recogen los requisitos técnicos y las condiciones mínimas de la hemodonación y bancos de sangre.
- ✓ R.D. 412/1996 de 1 de marzo, donde se establecen los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana.

Convenio de Oviedo 1997.

- ✓ R.D. 120/2003, de 31 de enero, por el que se regulan los requisitos para la realización de experiencias controladas, con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
- ✓ Ley Catalana 21/2000, de 29 de diciembre, sobre Derechos de información relativos a la Salud, la Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica, que fue la primera a nivel autonómico.

- ✓ Ley Gallega, 3/2001, de 28 mayo reguladora del Consentimiento Información y de la Historia Clínica de los Pacientes.
- ✓ Ley 10/2001, de 28 de junio Salud Extremadura.
- ✓ Ley 12/2001 de 26 diciembre, de Ordenación Sanitaria d la Comunidad Madrid.
- ✓ La ley básica 41/2002.
- ✓ La ley 6/2002, 15 de abril, de salud de Aragón.
- ✓ La ley 2/2002, 17 de abril, de salud de Rioja.
- ✓ Ley 7/2002, de 10 diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- ✓ Ley Foral Navarra 11/2002, de 6 mayo sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.
- ✓ Ley Valenciana de 16 de enero de 2003 de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
- ✓ Ley 5 /2003 de 4 abril, salud Islas Baleares.
- ✓ Ley 8/2003, de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud en Castilla y León.
- ✓ Ley 3/ 2009 de 11 de Mayo de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.
- ✓ Código Deontológico del Colegio de Médicos de España, en su capítulo III sobre las relaciones del médico con sus pacientes. Y en el Código Deontológico de la Enfermería Española, en el capítulo II.

2. OBJETIVOS.

Como objetivos en este estudio planteo:

Describir el origen y desarrollo del Consentimiento Informado dentro de la actividad sanitaria dentro de nuestro país.

Análisis en profundidad del consentimiento informado en la especialidad de anestesia en el Hospital Rafael Méndez de Lorca.

3. MÉTODO.

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, dividido en primer lugar y dentro de la introducción

los resultados y comentario de la búsqueda de evidencia científica sobre el origen y desarrollo del Consentimiento Informado en nuestro país, sin olvidar cuál es el punto en el que hoy nos hallamos.

Y una segunda parte donde se expondrán los resultados del trabajo de campo resultante del análisis de las características del modelo de Consentimiento Informado que utilizamos en el Centro Hospitalario Rafael Méndez con la categoría de Hospital Universitario. En el mismo analizo los siguientes ítems:

Datos del centro hospitalario:

- Nombre del centro hospitalario.
- Servicio o especialidad médica.

Datos del paciente:

- Nombre y apellidos.
- D.N.I. / n° SS ó n° HC.
- Firma.

Datos del facultativo:

- Nombre y apellidos
- N° Colegiado.
- Firma.

Procedimiento.

- Fecha.
- Nombre.
- Finalidad.
- Alternativas.
- Consecuencias.
- R. Personalizados.
- R. Típicos.
- Contraindicaciones.
- Revocación.

La muestra a estudiar será la comprendida en el periodo de tiempo de Septiembre a Noviembre de 2009, mediante una extracción de datos de los archivos quirúrgicos del centro, de un total de 450 consentimientos de anestesia, muestra de 150 cuestionarios de cada mes, de un total de 5551 pacientes intervenidos en el año 2009, de las especialidades quirúrgicas de: cirugía general, traumatología, ginecología, urología, otorrinolaringología y oftalmología y sometidos a un técnica anestésica loco-general en la misma.

4. RESULTADOS.

Destaco los resultados de los siguientes ítems:

Tabla 1:
VARIABLE FIRMA DEL PACIENTE.

La tabla de frecuencias nos muestra, que en un 93,3% el dato firma del paciente se encuentra presente en el documento de consentimiento informado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	30	6,7	6,7	6,7
	SI	420	93,3	93,3	100,0
	Total	450	100,0	100,0	

Gráfico de barras 5: en el cual se muestra de manera gráfica el porcentaje del indicador firma del paciente.

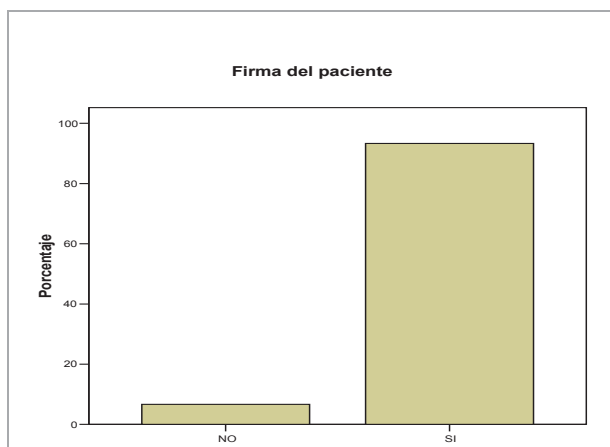


Tabla 2:
VARIABLE NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO.

La tabla de frecuencias nos muestra, que en un 19,6% el dato del nombre y apellidos del facultativo en un 80,4% no se encuentra presente en el documento de Consentimiento Informado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	362	80,4	80,4	80,4
	SI	88	19,6	19,6	100,0
	Total	450	100,0	100,0	

Gráfico de barras 6: en el cual se muestra de manera gráfica el porcentaje del indicador del nombre y apellidos del facultativo.

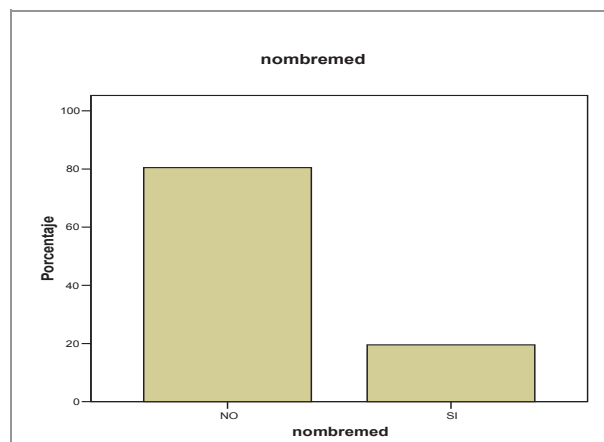


Tabla 3:
VARIABLE NÚMERO DE COLEGIADO DEL FACULTATIVO.

La tabla de frecuencias nos muestra, que en un 19,6 % el dato del número de colegiado del facultativo se encuentra, y en un 80,4% no se encuentra presente en el documento de consentimiento informado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	362	80,4	80,4	80,4
	SI	88	19,6	19,6	100,0
	Total	450	100,0	100,0	

Gráfico de barras 7: en el cual se muestra de manera gráfica el porcentaje del indicador del número de colegiado del facultativo.

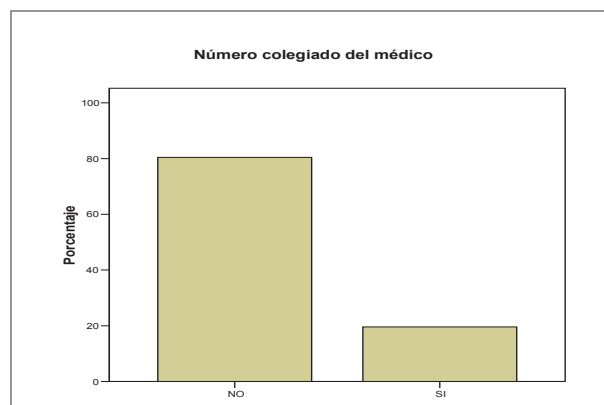


Tabla 4:
FIRMA DEL FACULTATIVO.

La tabla de frecuencias nos muestra, que en un 60,4 % el dato firma del facultativo se encuentra, y en un 39,6% no se encuentra presente se encuentra presente en el documento de consentimiento informado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	178	39,6	39,6	39,6
	SI	272	60,4	60,4	100,0
	Total	450	100,0	100,0	

Gráfico de barras 8: en el cual se muestra de manera gráfica el porcentaje del indicador de firma del facultativo.

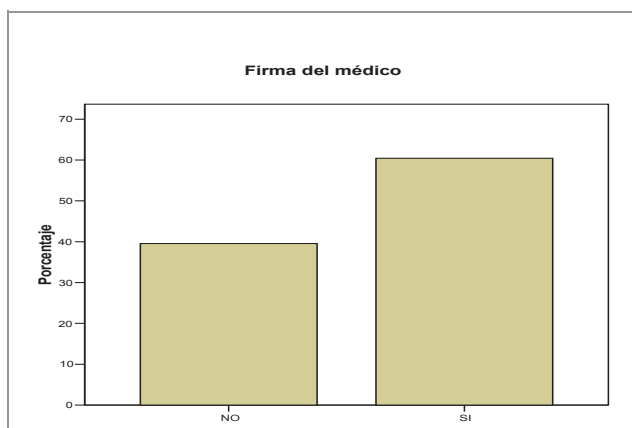
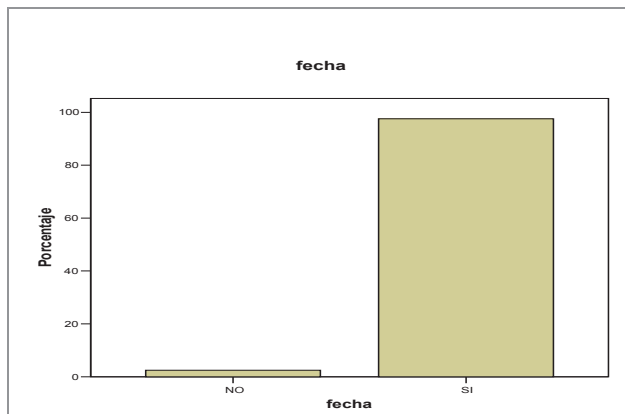


Tabla 5:
VARIABLE FECHA DE LA INTERVENCIÓN.

La tabla de frecuencias nos muestra, que en un 97,6% el dato fecha de la intervención se encuentra presente en el documento de consentimiento informado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	11	2,4	2,4	2,4
	SI	439	97,6	97,6	100,0
	Total	450	100,0	100,0	

Gráfico de barras 9: en el cual se muestra de manera gráfica el porcentaje del indicador de fecha de la intervención.



5. CONCLUSIÓN.

Dentro de este apartado me gustaría en primer lugar resaltar unos breves comentarios sobre los resultados del análisis estadístico. Destaco que en general los apartados de datos referentes al paciente y el procedimiento en prácticamente un 100% cumple con una correcta cumplimentación, pero es en el apartado de datos a cumplimentar por el facultativo, los que dejan al descubierto una llamativa falta de responsabilidad en la correcta cumplimentación de los apartados analizados como son: el nombre y apellidos del facultativo con un 80,4%, la no cumplimentación del número de colegiado con un 80,4%, y la no firma en un 30,6%, algo básico en la tarea de anestesista antes de la realización de un procedimiento programada al menos con dos semanas de antelación, en donde es facilitado al paciente, esto nos hace pensar al resto de profesionales sanitarios que dependen de nosotros mismas ciertas tareas básicas recomendadas por la ley, y que las cargas de trabajo o la desinformación no pueden ser causa de una mala praxis. En todos está la responsabilidad de una atención sanitaria correcta y de calidad. Este documento no debe significar un escudo defensivo en nuestra profesión, debe ir respaldado por una correcta información del mismo.

Como conclusión final a este trabajo me gustaría relatar un caso de la jurisprudencia del Tribunal Supremo en el cual se resalta la importancia de la correcta información del proceso anestesia y cumplimentación del Consentimiento Informado, tema en el que baso mi trabajo de campo: “Sentencia del 13 de abril de 1999”, donde se establece la responsabilidad aceptando el motivo del recurso que habla de “una

clara falta de información respecto a cuál iba a ser la técnica anestésica a emplear, pues no podemos olvidar que una de las obligaciones exigibles al profesional de la medicina y que forma parte de la “lex artis ad hoc”, es la de informar al paciente o en su caso, a los familiares del mismo, pues la falta de información previa a la familia, es tenida en cuenta hasta por la propia sala que manifiesta su crítica, aunque excluye la relación con la causalidad del fallecimiento, rechazando que era una intervención “no de extrema gravedad ni riesgo, de escasa duración y con un paciente con constantes físicas normales”, justificaciones que deben decaer de la importancia que le dé el facultativo, y siendo, como es, un riesgo importante en las anestesis totales, la información debe ser requisito imprescindible.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Atela Bilbao, Alfonso; et al; *Autonomía del paciente, información e historia clínica (estudios sobre la Ley 41/2002 de 14 de noviembre*, Coordinadores: Pedro González Salinas y Emilio Lizarraga Bonelli, Civitas, Madrid, 2004.
2. AA.VV; Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas; “*Problemas prácticos del Consentimiento Informado*”. Girona: Fundación Víctor Grifols i Lucas; Pág. 206; 1996.
3. Calfee, Bárbara E.; “Cuestiones sobre el consentimiento informado”; *Revista Nursing* 2; Vol. 10; Pág. 11-13; Febrero, 1992.
4. Cantero Martínez, Josefa, *La autonomía del paciente: del Consentimiento Informado al Testamento Vital*, Ediciones Bomarzo; Albacete, 2005.
5. Casas, Bartolomé, *La intervención jurídica de la actividad médica: el Consentimiento Informado*, Dykinson; Madrid: Universidad Carlos III, 1997.
6. Cumplido, Manuel José; Tesis Doctoral “*Consentimiento Informado: aspectos jurídicos y legales vinculados a la formación académica del médico en la Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina*”; dirección Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz y Aurelio Luna Maldonado: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina, Departamento de Ciencias Socio sanitarias, Murcia 2003.
7. De Lorenzo y Montero, Ricardo; *Derechos y obligaciones de los pacientes. Análisis de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de los Derechos de Información y Documentación Clínica*, Colex, Madrid, 2003.
8. Del Río, M^a Ángeles; “Reflexiones sobre el Consentimiento Informado; propuesta para el análisis de los documentos de Consentimiento Informado”; *Revista de Calidad Asistencial*; Vol. 21; Pág. 213-219; Julio-Agosto, 2006.
9. Fraga Mandián, Antonio; Lamas Meilán, Manuel María, “El Consentimiento Informado: (el consentimiento del paciente en la actividad médico-quirúrgica)”, *Revista Jurídica Galega*; Pontevedra 1999.
10. Galán Cortés, Julio César, *Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado*, prólogo de Ricardo de Ángel Yagüez; Civitas; Madrid 2001.
11. Gasajus, G.; Mañas Segura, A.; Guardia Milán, N.; “Legibilidad formal de los formularios de Consentimiento Informado”; *Revista de Enfermería Clínica* 1; Vol. 15; Pág. 3-7; Enero-Febrero 2005.
12. Guardiola, Elena, “Consentimiento informado en el ensayo clínico”; *Rev. Medicina y Humanidades* 1599; Pág. 43-49; Marzo 2006.
13. Guerrero Zaplana, José; *El Consentimiento Informado: su valoración en la Jurisprudencia: Ley Básica 41/2002 y Leyes Autonómicas*: (formularios, legislación y jurisprudencia), Lex Nova; Valladolid, 2004.
14. Guía del Consentimiento Informado del Hospital Reina Sofía de Murcia. Editado en 2008 y revisado en 2010.
15. Herrero A.; (et al.) “Valoración del Consentimiento Informado por médicos y pacientes”; *Revista de Calidad Asistencial*: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial 8; Vol. 16; Pág. 706-713; Noviembre, 2001.
16. Herrero, A.; (et al.); “Documentos de Consentimiento Informado en Atención Primaria”; *Revista de Calidad Asistencial*; Vol. 17; Pág. 325- 330; Agosto 2002.
17. Herrero A.; (et al.) “Los médicos y los pacientes valoran de forma distinta el Consentimiento Informado”; *Rev. Gestión Clínica y Sanitaria* 4; Vol. 4; Pág. 138; invierno 2002.
18. López Pérez, Jesús; Rodríguez Borbolla, Francisco José; “Bases para la elaboración de un Consentimiento Informado”; *Revista Metas de Enfermería* 4; Vol. 10; Pág. 63-67; Mayo, 2007.
19. Lorenzo Zapata, M^a Dolores; Tesis Doctoral “*Análisis de la calidad del proceso de Consentimiento Informado en pacientes de una edad igual o superior a 65 años*”, Dirección Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz y M^a Dolores Pérez Cárceles; Universidad de Murcia, Departamento de Ciencias Socio sanitarias, Murcia 2004.
20. Luna Maldonado, A.; *El derecho en las Fronteras de la Medicina*. Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina Legal. Tipográfica Católica-P. La Torre-cilla, Córdoba 1985.
21. Macías Castillo, Agustín. “Consentimiento Informado en los Actos Médicos”; *Revista de Actualidad civil*; Vol. 18 Pág. 2041-2042; Octubre. 2008.
22. Memoria del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial; Mayo 2005 “Dr. D. Juan Gómez Rubí” Murcia. 2007.
23. Montenegro Surís, Alexander; Monreal Agüero, Magdalena Elaine. “Una obligación olvidada por los Comités de Ética Asistencial: revisar el Consentimiento Informado”, *Cuadernos de Bioética* 50; Vol. XIV; Pág. 63-78; Enero-Abril, 2003.
24. Navarro Royo, C. “Legibilidad de los documentos de Consentimiento Informado en el Hospital de la Paz”; *Rev. de Calidad Asistencial*; Vol. 17; Pág. 331-336; Agosto-Septiembre, 2002.

25. Northrop, Cynthia E. “Los pormenores del consentimiento informado”; *Rev. Nursing* 9; Vol. V; Pág. 36-38 Noviembre 1985.

26. Oltra Rodríguez, Enrique, Riestro Rodríguez, Rosario. “La democratización de las relaciones enfermero ciudadano: el consentimiento informado”; *Rev. Metas de Enfermería* 6; Vol. 8; Pág. 67-71; Julio-Agosto, 2005.

27. Paasle-Orlo, M., Taylor, M. A., Bracati, F. L. “Los criterios de legibilidad de los modelos de consentimiento informado establecidos por los comités de ética, no se cumplen en sus propios textos”; *Rev. Gestión Clínica Sanitaria* 3 Vol. 5; Pág. 93; otoño 2003.

28. Pacheco Guevara, R.; “Medicina legal, ética clínica y gestión sanitaria: la confidencialidad como nexo”; *Revista de Actualidad del Derecho Sanitario*. Instituto de Fomento. Madrid, Octubre 2003.

29. Palomares Bayo, Magdalena; [et al.]; *El Consentimiento Informado en la práctica médica y el testamento vital: análisis de la legislación europea, nacional y autonómica; estudio de su evolución jurisprudencial*; coordinadores, Magdalena Palomares Bayo, Javier López y García de la Serrana; Comares; Granada, 2002.

30. Pelayo González-Torre, Ángel; *El derecho a la autonomía del paciente en la relación médica: el tratamiento jurisprudencial del Consentimiento Informado*; Comares; Granada 2009.

31. Resúmenes de Comunicaciones: I Congreso Nacional Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 21 y 22 de Junio de 1996.

32. Ribot Igualada, Joedi; “La responsabilidad civil por falta de Consentimiento Informado”; *Revista de Derecho Privado*; Pág. 26-29; Noviembre-Diciembre 2007.

33. Roldán Garrido, Bernabé; Perea Pérez, Bernardo *El Consentimiento Informado en la Práctica Médica*; Smithkline Beecham; Madrid, 2002.

34. Rubiera, Gerardo; (et al) “La legibilidad de los documentos de Consentimiento Informado en los Hospitales de Asturias”. *Gaceta Sanitaria* 2; Vol. 18; Pág. 153-158; Marzo-Abril, 2004.

35. Sánchez-Caro, Javier; Abellán, Fernando; *Derecho y Deberes de los pacientes: (ley 41/2002, de 14 de noviembre: Consentimiento Informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas)*; Comares; Granada, 2003.

36. Sánchez Caro, Javier; Abellán, Fernando; *Enfermería y paciente, cuestiones prácticas de Bioética y Derecho Sanitario*; Comares; Granada, 2007.