

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

"La ciencia considera oportuno intentar la cura después de informarse, examinando cómo curará no con audacia, sino con entendimiento, y mas bien con suavidad que por medio de la violencia. Y la naturaleza humana, si es capaz de someterse a examen, también es capaz de ser curada"

Tratados Hipocráticos, siglo IV a.C

INTRODUCCION

En los comienzos de la civilización el diagnóstico de enfermedades y la curación de dolencias tenían una connotación mágica y religiosa. Magos, chamanes, curanderos y adivinos de varios tipos, traza y catadura, eran quienes poseían en sus manos el poder de curar, devenido del cielo o del infierno según el caso. El doliente no era más que el portador del mal y tenía que ser librado del mismo a cualquier precio, incluso el de su propia vida. Los "curadores" fueron el vehículo del poder divino para realizar la tarea. Los resultados adversos fueron atribuidos a las decisiones de los caprichosos dioses, las curaciones a su infinita benevolencia.

Más adelante, la medicina hipocrática pareció advertir que la enfermedad es una abstracción y que lo que el médico tiene ante sí es siempre un enfermo, un hombre sufriente al que ha de salvar con unos medios muy limitados. Entiende que el sujeto de esta historia no es la enfermedad (en cuanto realización de un tipo abstracto), sino un paciente con su naturaleza individual y su organismo humano. No obstante, este novedoso concepto, Hipócrates recomendaba al médico "guardarse de ceder a la voluntad o deseos del enfermo, pues debe recordar que la responsabilidad, sea del diagnóstico, sea del pronóstico o del tratamiento, le pertenece". Entendieron que el hombre enfermo era algo más que la enfermedad misma aunque no lo suficientemente capaz de decidir sobre la misma. Todavía persistía algo de magia en este trinomio médico-enfermedad-paciente y el médico paternalista aún detentaba el poder.

En la era moderna y a partir del reconocimiento de los Derechos Individuales de las Personas en la Revolución Francesa de 1789, el concepto de "paciente", que solo espera, comienza a cambiar. El reconocimiento por las sociedades del individuo y su autodeterminación comienza lentamente a modificar la relación médico-paciente. Es por eso, que el **consentimiento informado (CI)** reconoce sus orígenes en principios éticos y no jurídicos. La idea de libertad, el derecho del paciente a ejercer un control sobre su propio cuerpo, decidiendo por sí mismo si someterse o no a una terapia en particular. A ello se agrega el elemento de confianza en que se basa la relación con el médico: el deber que tiene éste de "revelar". La doctrina del consentimiento informado parte de la idea de que el paciente no se halla entrenado en la ciencia médica y por lo tanto, depende de la confianza y habilidad de su médico para proporcionarle la información en la que luego basará su decisión.

¿Pero en que momento esta norma ética devino en doctrina jurídica? Tal parece que el origen de la regla se remonta a un caso inglés del siglo XVIII, el caso "Slater v. Baker & Stapleton" que sostuvo la responsabilidad de dos médicos al haber desunido una fractura parcialmente consolidada sin el consentimiento del enfermo. El tribunal consideró que era inapropiado desunir el callo óseo sin conformidad y que constituía ignorancia y falta de diligencia contrariar la regla de la profesión, realizando lo que ningún cirujano hubiera debido hacer. Se consideró que la necesidad ética y jurídica del consentimiento era perentoria ya que el paciente debía colaborar en el acto quirúrgico que, por entonces, se realizaba sin el uso de anestesia. Por último, la Corte observó acerca del juego de comunicaciones en la relación del médico y su paciente y aceptó que era ciertamente razonable que se comunicara al paciente sobre el procedimiento a ser sometido para que pudiera tomar coraje y se preparara para sobrellevar la intervención.

Sin embargo el "leading case" en que se basó la doctrina del CI ocurrió en 1914 en la ciudad de Nueva York y a partir de entonces el concepto ha seguido evolucionando. En el caso, "Schloendorff v. Society of New York Hospital", se realizó una cirugía abdominal a una mujer a pesar de su oposición manifiesta; ésta desarrolló una complicación a distancia (gangrena de un brazo) y demandó al Hospital pues lo consideró responsable de su afección. En la sentencia, La Corte de Nueva York estableció con claridad que todo ser humano adulto y sano mentalmente, tiene derecho a determinar qué es lo que se hará con su propio cuerpo y responsabiliza del daño al cirujano que realizó la operación sin el consentimiento de la paciente.

En nuestro país la jurisprudencia considera el CI como un derecho del enfermo y un deber del médico. En los últimos 20 años, a través de un gran número de fallos en favor del CI, los fueros Civil y Penal han establecido marcos legales para su normatización. La ley 17.132 que legisla el ejercicio de la medicina y actividades de colaboración en todo el Territorio Nacional dispone en su artículo 19 inc. 3º: "Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativa de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En casos de incapacidad, los profesionales requerirán conformidad del representante del incapaz". Este Decreto Ley rige en nuestro país desde el 24 de Enero de 1967 y parece dejar sentados los lineamientos generales de lo que ahora llamamos **Consentimiento Informado**. Es fundamental para los médicos entender que éste nuevo concepto es un adecuado reparo jurídico para los profesionales y que no se trata de "repartir" la responsabilidad sino de considerar la voluntad del paciente respetando su derecho de autodeterminación.

CONSENTIR E INFORMAR

El origen de la doctrina del CI está, reitero, en una idea de la libertad. El derecho del paciente de ejercer un control sobre su propio cuerpo y cómo se dispondrá de él. El paciente realiza una declaración de voluntad en la cual, contando con suficiente información, accede o no a la realización de un determinado tratamiento u operación. De acuerdo al arto 897 del Código Civil "los hechos se juzgan voluntarios, si son ejecutados con discernimiento, intención y libertad".

Haré una breve referencia a lo que ello significa.

Discernimiento es un acto inteligente por el cual el individuo puede diferenciar entre lo verdadero y falso, lo justo o lo injusto, lo que es correcto de lo que no lo es. Requiere cierto desarrollo intelectual y puede verse afectado por alteraciones mentales o inmadurez. **La Intención** es la voluntad de realizar un acto determinado en una circunstancia y con un propósito determinados. El paciente tiene la intención de permitir o no el acto médico para el que se solicita su consentimiento. Esta condición está viciada cuando la información dada al paciente es falsa, insuficiente o dolosamente alterada y la incorrecta revelación del médico puede hacer fallar este elemento de la voluntad. **La Libertad** es la independencia de la voluntad, la determinación del enfermo implica un imperio sobre sí mismo, la posibilidad de haber elegido sin coacción y con espontaneidad.

Es entonces la voluntad del paciente el requisito fundamental para consentir.

Más adelante haremos referencia a los casos en los que ésta y sus elementos no se encuentren presentes. La capacidad legal de una persona está sustentada por la presencia de estos componentes de la voluntad.

Consentir proviene de los términos latinos *cum sentire* que deriva en el vocablo *consensus* lo que supone un acuerdo de dos o más voluntades sobre un tema.

El acto voluntario de consentir es aceptar una propuesta terapéutica o diagnóstica presentada al paciente por su médico o institución luego de haber informado sobre los beneficios y los riesgos que ello implica. Esta propuesta le es revelada al paciente, quien puede estar de acuerdo con la misma ó no, pero no podrá pretender modificaciones de tal propuesta, ésta depende de

conocimientos científicos de los cuales el paciente carece. El paciente no puede realizar una elección como si se tratara de artículos de consumo o servicios, por ejemplo no podrá exigir la realización de una radiografía de tórax si la indicación médica es la de una endoscopia. El médico planteará la necesidad de la endoscopia y sus consecuencias; el paciente aceptará o no la propuesta. *El Cl es un acto tendiente a respetar la libertad del paciente no a satisfacer sus deseos.*

La prueba de fuego para los médicos es la negativa al tratamiento. Este dilema nos coloca en una situación angustiante e inédita al crear un conflicto no solo jurídico sino ético de difícil resolución. La situación se toma más grave si está en juego la vida del paciente.

Hemos sido educados con un concepto paternalista y proteccionista con respecto a nuestros pacientes. La idea que alguien no quiera aceptar un tratamiento, aún sabiendo sus consecuencias, es impensable para muchos de nosotros. Si el paciente es mayor y capaz, el médico debe tratar de averiguar la causa de la negativa pues cabe la posibilidad de que el paciente no haya entendido bien ó no tenga la perspectiva necesaria para negar o consentir. No obstante, si el paciente persiste en su negativa de recibir tratamiento o realizar un estudio determinado, hay dos caminos posibles: continuar con otras opciones terapéuticas ó desistir de la atención del paciente. Si prevalece la última opción, el médico deberá derivar el paciente a un colega que acepte tratarlo en esas condiciones a fin de evitar dejar al paciente en estado de abandono, no debiendo olvidar dejar todas las acciones por escrito.

La situación es distinta en la urgencia, cuando el riesgo de vida es inminente. Si el paciente es mayor y capaz pero no se encuentra en condiciones de consentir (paciente con alteraciones de conciencia) el médico está obligado a actuar en cumplimiento de un deber legal: la defensa de la vida y la salud del enfermo, en razón de estado de necesidad y en función de su mejor interés. Así lo avala el Código Penal, la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, la mayoría de los Códigos de Ética y un sinnúmero de normativas nacionales e internacionales. En caso de menores (de 18 años) y de incapaces se debe tener en cuenta que ni la patria potestad ni la tutoría en el caso de incapaces otorgan a los mismos el derecho de decidir sobre las vidas de sus tutelados. El bien jurídico que se debe proteger es precisamente la vida por lo cual el médico debe actuar según su leal saber y entender para protegerla y en el caso en que la negativa de los padres o tutores persista se debe recurrir a la Justicia. La mayoría de edad según el Código Civil es los 21 años, los menores de 14 años son menores impúberes y las personas entre 14 y 21 años son considerados "menores adultos". Los menores impúberes son considerados incapaces absolutos y los menores adultos ostentan algunos derechos que no es nuestro objeto conocer, pero que debemos tener en cuenta si los conflictos suscitados en esta franja estaría, desde los 14 a los 21 años, no puede resolverse sino recurriendo a la Justicia.

Pero cuánto y cómo informar?

El consentimiento del paciente sólo es válido si puede ejercer fehacientemente su derecho a elegir, por tanto, es necesario que cuente con la mayor información posible. Es necesario revelarle la naturaleza de su mal, el pronóstico y los métodos diagnósticos y terapéuticos posibles para su afección. También se le informará acerca de la existencia de alternativas a su tratamiento y las probabilidades de éxito en la conducta que se tomará. El médico no deberá tomar actitudes que coaccionen la voluntad del paciente así como tampoco engañarlo u ocultar información que induzcan una elección. Es indudable que, sin esta información, a los enfermos les resultará imposible tomar decisiones autónomas. No obstante esto no implica atosigar al paciente con una larga lista de nombres incomprensibles y datos innecesarios que no harían más que confundirlo y asustarlo.

Es una situación muy común que las personas no entiendan lo que se les dice y esto es muy habitual en la conversación médico-paciente. Actualmente, diferentes estudios aseveran que muchos enfermos no llegan a comprender la información otorgada por su médico, aún cuando su

capacidad de comprensión sea considerada normal. *El término consentimiento informado se refiere tanto al otorgamiento de información al paciente, como al de comprensión por parte de éste.*

El deber de revelar se cumple sólo dando información, sin embargo, la noción de consentimiento sugiere que debe requerirse el entendimiento por parte del enfermo.

La información debe ser *razonable*, deben otorgarse al enfermo datos útiles y precisos. Toda intervención o tratamiento lleva implícita la idea de muerte ya que es una enfermedad la que motiva la demanda. Ello no implica que la muerte sea un planteo razonable de hacer cuando se trata de someter al paciente a un procedimiento sencillo ó altamente probado [como puede suceder con una colecistectomía o una endoscopia].

Los médicos, en el campo de la ciencia, deben dejarse guiar por el principio de la duda científica. Deben saber que los exámenes clínicos y de laboratorio por muy numerosos y profundos que sean, no permiten excluir una alteración orgánica con seguridad científica, pero sobre todo se trata de no comunicar esa duda científica al paciente. Es erróneo hacerle participar de ésta crítica objetiva que sólo es necesaria para el médico. Es importante dar al paciente informaciones tan exactas como precisas sobre la afección que sufre, incluí do el diagnóstico vulgar o científico. Esta es la mejor manera de calmar su angustia. Lo desconocido es mucho mas atemorizante que lo conocido. Si no se adopta ésta precaución, el paciente podría abandonarse a otro sistema de información basado en el inconsciente, ó a especulaciones fantásticas basadas en conocimientos incompletos y falsos. El enfermo debe conocer lo suficiente sobre su enfermedad que lo capacite para colaborar en el tratamiento. Es el grado de confianza mutua que se establece entre el médico y su paciente el que determinará la razonabilidad de la información. No debería olvidarse el hecho por el cual de la revelación otorgada dependerá la validez del consentimiento.

FORMA DEL CONSENTIMIENTO

Desde el punto de vista jurídico se entiende por **forma del consentimiento** el aspecto formal que toman los actos voluntarios. Para que la voluntad produzca sus efectos desde manifestarse expresa o tácitamente. Será *expresa* cuando se manifieste por escrito o con signos inequívocos y será *tácita* cuando esta voluntad surja de hechos o actos. Salvo en el citado arto 19 de la Ley 17.132, la ley no provee formalidades especiales para el CI.

La expresión verbal debería bastar para expresar el consentimiento, pero en caso de conflicto perderá valor legal pues la negación de los dichos será evaluada como negativa. La declaración de voluntad se puede hacer a través de actos inequívocos: el paciente que concurre al hospital o consultorio en el horario acordado, habiendo cumplido con la preparación adecuada para el procedimiento, habiendo realizado los estudios de laboratorios solicitados etc., constituye una declaración de voluntad para consentir. Pero no nos pone "a salvo" legalmente. Es la forma escrita la más adecuada y como ya mencionamos no hay una "forma" general que se pueda utilizar en todos los casos. La práctica del CI ha hecho que los distintos Hospitales o Servicios adecúen la forma del consentimiento a las prácticas realizadas y frecuentes. Deben diferenciarse entre CI y su instrumentación: *el CI no es la mera firma de un formulario* sino que surge de un proceso donde luego de información adecuada y razonable un paciente adulto y capaz presta su conformidad para una práctica determinada y no otra. Los formularios constituyen una forma expeditiva de documentar el consentimiento.

En los formularios instrumentados es conveniente que conste el nombre y el apellido del paciente así como su documento de identidad, deberán describirse en lo posible la práctica a realizar y sus complicaciones más frecuentes. El formulario debe hacer constar el nombre del o los profesionales que actuarán, debe existir el reconocimiento del paciente que ha recibido la información y las explicaciones suficientes así como debe constar que se le han explicado suficientemente sobre tratamientos o métodos alternativos. Deberá cuidarse la redacción del formulario, ya que existe cierta tendencia a incluir gran cantidad de información y vocabulario técnico a los efectos de obtener una presunta cobertura legal.

Está comprobado que la comprensión del paciente es inversamente proporcional a la extensión del formulario. Los términos técnicos que se incluyan deberán ser entendidos por el paciente y éste obliga a interrogar al paciente sobre su comprensión. El equilibrio es difícil pero los beneficios de un Consentimiento bien obtenido son invaluable.

Sugiero considerar el siguiente esquema ampliamente probado en países con más experiencia que nosotros en la doctrina de CI:

- 1) Preparar información escrita relativa a procedimientos aplicados con frecuencia, que será entregada al paciente
- 2) Sintetizar la información brindada en la historia clínica del enfermo.
- 3) Pedir al paciente que repita la información para evaluar su grado de comprensión
- 4) En lo posible, realizar la comunicación tanto al paciente como a su familia.
- 5) Hacer firmar al paciente el formulario de consentimiento al ingresar al hospital, incluyendo su reconocimiento de haber sido adecuadamente informado.
- 6) Obtener la firma de un familiar del paciente en carácter de testigo.
- 7) Usar lenguaje simple.
- 8) Para evitar la ansiedad, efectuar las revelaciones un tiempo antes del comienzo del tratamiento.

LOS TESTIGOS DE JEHOVA

Consideramos el caso particular de los Testigos de Jehová porque constituyen un conflicto habitual en las instituciones médicas dada su conocida negativa a recibir sangre y porque han desarrollado, a partir de esta negativa, todo un esquema de consentimiento (ó negativa a consentir) que es un modelo de autodeterminación.

Los testigos de Jehová se niegan a recibir transfusiones sanguíneas fundando sus razones en particulares interpretaciones de un pasaje bíblico del Nuevo Testamento (Hechos 15, 19-21) donde el Apóstol Santiago pide abstenerse de la sangre. Razones similares han encontrado también en otros pasajes del Antiguo Testamento. La negativa a recibir sangre es de índole religiosa y como tal no es sujeto de discusión en este artículo. El derecho a la autodeterminación está protegido por la Constitución Nacional que en el art. 14 asegura a todos los habitantes de la Nación el derecho a profesar libremente su culto y en art. 19 establece que los actos privados de los hombres que no ofendan al orden, a la moral pública y no perjudiquen a terceros están "exentos de la autoridad de los magistrados". Esta situación de respeto por las convicciones de los Testigos de Jehová ya forma parte de los códigos de ética de muchos hospitales: Posadas, Privado de la Comunidad e Italiano entre otros y tiende a generalizarse. Los pacientes llegan a las instituciones con una tarjeta que los identifica como Testigos de Jehová y un formulario impreso donde dejan sentado su negativa a recibir transfusiones. Así mismo indican al médico tratante cuales son las opciones que ellos pueden aceptar y remiten al profesional, si así lo desea, al Departamento de Información Hospitalaria de la Asociación de los Testigos de Jehová con sede en Capital Federal. Ya no quedan dudas que la decisión de no recibir sangre debe ser respetada y que no hacerlo coloca a los Testigos en una situación de violencia pues consideran que la salvación eterna es mucho más valiosa que su vida terrenal a la cual están dispuestos a renunciar para no romper la norma evangélica

Pero vale considerar algunas excepciones.

Bidart Campos considera que el principio de autodeterminación es atendible en personas adultas y capaces pero que el mismo cede ante la minoridad del paciente. Esto es porque están en juego los intereses de terceros (art. 19 de la CN), y los padres, aunque tengan la tutela de sus hijos son terceros respecto de quien manifiesta su oposición a la transfusión de sangre por razones religiosas. Al no poder decidir el menor por sí mismo (incapacidad legal) el derecho a la vida goza de prioridad al ser un bien insustituible cuando se pierde. En caso de oposición o conflicto con los padres se deberá recurrir a la Justicia a fin de otorgar la correspondiente autorización. Del mismo modo habrá que proceder cuando el adulto es incapaz o se encuentra en un estado de conciencia que le impida decidir.

Por último, consideremos que ante situaciones críticas el instinto de supervivencia puede modificar las anteriores convicciones, por ello, si el enfermo decide recibir la transfusión aún en contra de sus creencias religiosas, se deberá hacer constar la decisión por escrito a los fines de evitar cuestionamientos legales por parte de la familia o del propio paciente ,una vez superado el trance.

INVESTIGACIÓN MÉDICA

La antigua sentencia *primum non nocere* marcó siempre el límite de lo permitido en Medicina: nada que implique daño. En el campo de la terapéutica farmacológica, los químicos al servicio de los laboratorios farmacéuticos, sintetizan nuevos compuestos los que a su vez se ensayan en animales y luego es el turno de los médicos para aplicados en el hombre. Al llegar este momento, surge en la conciencia del experimentador la noción de riesgo; se trata, no obstante, de un riesgo legítimo, en el que los peligros son conocidos o, cuando menos, previsibles. Con éstos condicionamientos, la experimentación es lícita. Pero existe un límite de planteamiento que debe considerarse ilícito. Tal es el caso de la experimentación con prisioneros de guerra o presos políticos, los condenados a muerte o grupos de control a los que se deja sin tratamiento pese a estar afectados por un proceso tratable. Son situaciones en que la coerción, la desesperanza, la ignorancia y la desesperación invalidan el acto voluntario de consentir. Estas y otras situaciones han creado un estado de opinión a nivel mundial que trata de buscar fórmulas mediante las que se compaginen las lícitas necesidades de la investigación con el respeto a la moral y a la ética profesional. La mejor expresión de este estado de opinión es la Declaración de Helsinki, adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial, que tuvo lugar en la capital de Finlandia en 1964, revisada en Tokyo en 1975 y enmendada en 1983 en Venecia. El Capítulo 9 de sus Principios Básicos reza "*Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. El individuo deberá saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debiera entonces obtener el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.*"

LA ACTUACIÓN JUDICIAL

¿Cuándo solicitar la intervención de la Justicia? Esta es la pregunta que debemos hacernos ante la presencia de situaciones que crean conflictos entre el médico y su paciente.

Ante todo, el diálogo con el enfermo y sus familiares, la información precisa y el correcto entendimiento del paciente deberían ser suficientes para despejar cualquier conflicto. Es en el contexto médico-hospitalario en el que éstas situaciones deberán ser resueltas. Los Comités de Ética de los hospitales suelen ser de mucha ayuda en casos problemáticos y deben ser tomados en cuenta. Carece de sentido práctico, ante cualquier oposición o rechazo a la terapéutica de un paciente recurrir a los tribunales para resolver el problema. Esa intervención es importante cuando existen diversidad de intereses entre un paciente adulto, [de cuya capacidad se dude], y las directivas de sus familiares. La misma situación se plantea ,cuando el paciente sea incapaz y haya diversidad de opiniones entre los familiares que deben tomar la decisión del consentimiento, [esto incluye a los menores]. Es también útil la actuación de la Justicia cuando la decisión tomada por el paciente o el familiar responsable sea vaga, confusa, o no parezca tener racionalidad desde el punto de vista médico o ético.

Es conveniente recordar que si bien los Jueces pueden decidir, carecen de conocimientos médicos para tomar tal decisión y deberán tomar en cuenta el consejo profesional de quienes atienden al paciente. Es imprescindible usar esos conocimientos y poder transmitidos al paciente para evitar el escollo que representa recurrir a la justicia.

COMENTARIOS FINALES

I

He tratado en este texto plasmar el concepto de la doctrina del CI, sus orígenes, su desarrollo, cuales son sus componentes, esbozando un esquema de consentimiento pasible de adaptarse según las actividades de cada actor.

Quisiera insistir sobre el hecho de que el CI no es la mera firma de un formulario, antes de realizar una práctica médica, sino un acto de voluntad y confianza en el que intervienen dos individuos (médico - paciente) .

Individuos relacionados a través de una situación extraordinaria (la enfermedad) debiendo decidir juntos la mejor salida a rse conflicto.

El médico es portador del conocimiento médico científico, es quien presuntamente "sabe"; como portador del conocimiento y es también quien está "en ventaja" comparativa. El paciente espera, sufre y desconoce su mal pero el "campo de batalla" en donde ambos se encontrarán le pertenece: su cuerpo. El Profesor Alfredo Achaval, durante los tres años en que fue mi tutor de Medicina Legal, siempre nos recordó que *"el derecho a la salud es del paciente, no del médico"* derecho que deberá respetarse.

Dra. María Cristina Borrajo
Médica Legista
cborrajio@s6.coopenet.com.ar

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Achával A., Manual de Medicina Legal. Práctica Forense. Ed Abeledo Perrot, 3 ° edición.
- 2- Bidart Campos G. La transfusión de sangre y la objeción religiosa de conciencia.
- 3- Comité de Ética del Hospital Privado de la Comunidad. Normativa para el rechazo de transfusiones de sangre por razones religiosas (Testigos de Jehová). Mar del Plata 1998
- 4- Faden, R, Beauchamp T. , A History and Theory of Informed Consent. Nueva York, 1986
- 5- Feguson D. S. Informed Consent to Medical Treatment de Borden & Elliot. Toronto, en la publicación Advocates Quarterly, Vol. 5, N°2, 1984
- 6- Gisbert Calabuig, J. A., Medicina Legal y Toxicología, Ed. Masson Salvat. 4° edición
- 7 -Highton E., Wierzba S. La relación médico paciente: El consentimiento informado. ED Ad-Hoc
- 8- López Bolado J. , los Médicos y el Código Penal. Ed Universidad 2° edición aumentada y actualizada
- 9- Mosset Iturraspe I. , Responsabilidad civil del médico. Buenos Aires, 1979
- 10- Riú J.A. , Responsabilidad Profesional de los Médicos (Aspecto Penal, Civil y Deontológico) Jurisprudencia. Lerener Editores Asociados. 1981
- 11- Testigos de Jehová. Departamento de Información Hospitalaria
- 12- Yungano, López Bolado, Poggi, Bruno. Responsabilidad Profesional de los Médicos Cuestiones civiles, penales, médico-legales, deontológicas. Buenos Aires 1982