

## **O CONSENTIMENTO INFORMADO NA PRÁTICA CLÍNICA: ASPECTOS BIOÉTICOS DA RELAÇÃO ENTRE O PROFISSIONAL E O UTENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Glória Jólluskin**

Professora Auxiliar

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

[gloria@ufp.edu.pt](mailto:gloria@ufp.edu.pt)

**RESUMO**

A tomada de decisão clínica é um aspecto fundamental dos cuidados de saúde. Tomar decisões pelo indivíduo sempre se relacionou com o modelo paternalista. A perspectiva centrada na autonomia converte o consentimento informado num aspecto fundamental da prática clínica. Neste trabalho pretendemos explorar a importância do consentimento informado e a partilha na tomada de decisão em contextos de saúde. Assim, consideramos que os profissionais da saúde não devem simplesmente ter um profundo conhecimento da sua área de intervenção, mas também dos princípios humanistas e questões legais implicados na decisão clínica.

**PALAVRAS-CHAVE**

Consentimento informado, autonomia, bioética.

**ABSTRACT**

Clinical decision-making is an integral part of health care today. While making decisions about patient care has always been associated with paternalistic model, from an autonomy approach informed consent is increasingly becoming a key aspect in the clinical practice. The purpose of this article is to explore the application and importance of informed consent and shared decision-making. Thus, health professionals should not only have been trained in their area of specialization, but also on humanistic principles and legal issues involved in clinical decision.

**KEYWORDS**

Informed-consent, autonomy, bioethics

## 1. O CONSENTIMENTO INFORMADO: ORIGENS E DEFINIÇÃO

No momento de realizar uma intervenção, nem sempre existe consenso entre os profissionais da saúde nos princípios éticos fundamentais a aplicar. O modelo clássico de relação médico-doente defende a ideia de que o valor fundamental a preservar é o bem-estar do paciente. Esta perspectiva orienta-se para os resultados, baseando-se de forma exclusiva na ideia de beneficência paternalista, na qual a participação do paciente na tomada de decisões é secundária.

A introdução da ideia de autonomia psicológica e moral das pessoas levou ao surgimento de um novo modelo, com uma perspectiva diferente (Simón, "La capacidad"). Assim, o profissional deveria respeitar as decisões do paciente, mesmo que estas não propiciassem o seu bem-estar. Isto significaria que qualquer acção profissional só deveria ser implementada após o consentimento informado do paciente, evitando sempre uma atitude paternalista. Esta segunda perspectiva tem vindo a ser defendida nos últimos anos, considerando-se hoje o consentimento informado um pressuposto da *lex artis* (Galán).

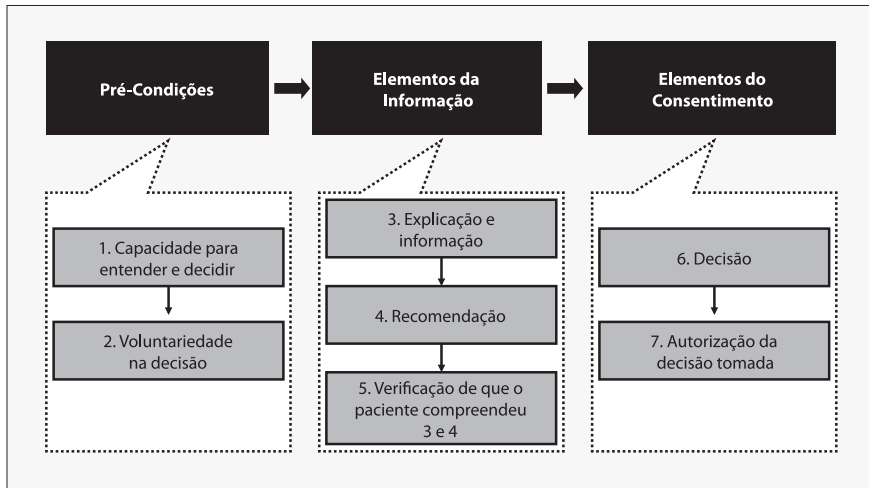
Poderíamos definir o consentimento informado como a explicação a um paciente, atento e mentalmente competente, da natureza da sua doença, assim como do balanço entre os efeitos da mesma e dos riscos e benefícios dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos recomendados, para posteriormente solicitar a sua aprovação para a aplicação dos mesmos (Solano). De forma mais sintética, "o consentimento informado é a autorização autónoma de um indivíduo para realizar uma intervenção médica ou participar numa investigação" (Beauchamp e Childress 78), entendendo que é muito mais do que consentir ou autorizar uma intervenção. Estas definições de consentimento informado também fazem referência à possibilidade de receber uma recusa informada.

Desta forma, o consentimento informado é um modelo de relação clínica que consiste num processo comunicativo e deliberativo entre o profissional da saúde e o indivíduo capaz, no curso do qual são tomadas decisões conjuntas sobre a forma mais adequada de tratar um problema de saúde (Simón e Júdez). O consentimento informado não se refere apenas à aplicação de um tratamento, mas também à avaliação e comunicação a terceiros de informação relativa ao paciente.

## 2. O CONSENTIMENTO INFORMADO COMO PROCESSO

Segundo este modelo, o exercício da autonomia requer três condições: 1) Que o indivíduo disponha de informação suficiente sobre a intervenção a realizar; 2) Que o indivíduo aja voluntariamente, formulando uma escolha livre; e finalmente, 3) Que o indivíduo tenha capacidade para tomar essa decisão, entendendo por isto possuir aptidões psicológicas cognitivas, volitivas e afectivas que permitam à pessoa avaliar a informação, tomar uma decisão e comunicá-la de forma efectiva (Simón, "La capacidad"). Isto significa que "este acto implica o envolvimento da vontade e dos sentimentos, bem como a adesão ao que é requerido ou desejado" (Marques-Teixeira).

Neste processo, distinguem-se várias etapas e requisitos (Beauchamp e Childress):



Como podemos ver no esquema anterior, assume-se como condições básicas para obter o consentimento que o indivíduo tenha a capacidade e a vontade de tomar uma decisão. Após a explicação e informação sobre os riscos e benefícios da intervenção ou diagnóstico, o profissional deverá recomendar a alternativa mais adequada, entre um mínimo duas propostas. Neste sentido, o profissional deverá pesquisar as preferências e o melhor interesse do indivíduo, assim como verificar se o paciente compreendeu adequadamente os pontos 3 e 4. O consentimento em casos de pesquisa nem sempre inclui este ponto, e no caso de ser incluído, este será substancialmente diferente das recomendações clínicas.

Deve ser tido em consideração que as decisões autónomas podem ser restringidas por factores internos, como por exemplo, transtornos psiquiátricos ou lesões ou disfunções cerebrais. Mas também existem factores externos que podem condicionar a validade do consentimento informado, como falta de informação, ou uma informação distorcida. Nestes casos, mesmo que a pessoa tenha a capacidade de tomar decisões de forma autónoma, não a poderia aplicar para tomar uma decisão.

O consentimento deve produzir-se antes de qualquer acto profissional, de tal forma que seja modulado ao longo do tratamento. Por outras palavras, não é um acto único, mas sim temporal, sendo necessário solicitar um novo consentimento no caso de, por exemplo, o paciente ser submetido a diferentes intervenções, ter uma doença crónica com tratamentos em diferentes fases, ou se houver um intervalo significativo entre o momento do consentimento do paciente e o início da intervenção (Galán). Igualmente, o consentimento pode ser retirado em qualquer fase do tratamento sem formalidade nenhuma, tal e como se afirma no Artigo nº 38 do Código Penal.

Neste sentido, Beauchamp e Childress referem que o consentimento informado pode ser analisado desde a perspectiva dos procedimentos que as diferentes instituições têm para obter o dito consentimento. Assim, afirmam que os procedimentos habituais para obter o consentimento informado não são necessariamente actos autónomos, podendo chegar a perder o seu significado. Por outras palavras, um profissional que se limite a obter o consentimento informado de um paciente seguindo os critérios institucionais pode não ter sucesso no seguimento dos critérios do modelo baseado na autonomia, muito mais rigorosos.

### 3. ENQUADRAMENTO ÉTICO E JURÍDICO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

O direito dos indivíduos a tomar decisões sobre a sua própria saúde vem consignado no Código Penal Português, onde se afirma que "(...) o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, (...)" (Artigo 157º do Código Penal), podendo os profissionais que realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento ser punidos com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa (Artigo 158º do Código Penal).

Em regra, segundo as leis portuguesas, não é necessário o consentimento escrito, podendo ser válida a forma oral do consentimento em algumas circunstâncias e especialidades de saúde. Noutros casos, a Direcção Geral de Saúde recomendou a utilização de formulários escritos. Estes casos referem-se a situações em que estejam em causa intervenções médicas, de diagnóstico ou cirúrgicas, que impliquem um risco sério para a vida ou a saúde do doente (Circular Informativa da DGS n.º 15/DSPCS, de 23 de Março de 1998). No caso dos ensaios clínicos, o consentimento informado é um requisito legal (Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto). Neste último caso, a Lei exige que as informações sejam dadas por escrito, para que haja mais garantias de clareza e reflexão. Noutras circunstâncias, se a direcção do serviço de saúde exigir a utilização dos formulários de consentimento informado, os profissionais deverão cumprir esta formalidade, não por questões legais, mas hierárquicas. Em qualquer destas circunstâncias, o mais indicado seria apresentar o documento com a antecedência suficiente para que o paciente possa reflectir sobre o mesmo.

De qualquer maneira, gostaríamos de destacar que o documento de consentimento informado não substitui a informação oral, por ser esta específica para o paciente e o seu problema, mesmo naqueles casos em que se apresente também um protocolo específico de informação (Galán). Por outro lado, deveríamos distinguir entre consentimento informado e autorização. A autorização é simplesmente a subscrição de um documento que permite realizar uma intervenção, sem requerer que o paciente esteja informado das complicações ou riscos da intervenção, alternativas terapêuticas, etc. (Islas-Saucillo e Muñoz).

Em termos éticos, o direito ao consentimento informado está consignado na Declaração Europeia dos Direitos do Doente, aludindo tanto ao direito de ser informado sobre o seu estado de saúde, como à inoportunidade de ocultar informação ao indivíduo. Neste sentido estabelece-se que "a informação só poderá ser ocultada quando existir um bom motivo para acreditar que poderia danificar ao indivíduo" (artigo nº 2). Igualmente, em Portugal, a Lei nº 36/98 de 24 de Julho de Saúde Mental, no seu artigo 5.º inclui o direito do utente de ser informado dos seus direitos, do plano terapêutico e dos seus efeitos previsíveis, assim com a decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros. Finalmente, o utente pode aceitar ou recusar a participação em investigações, ensaios clínicos ou actividades de formação.

Considera-se que o profissional não precisa de obter o consentimento informado nos casos de que exista grave risco para a saúde pública ou por imperativo legal ou judicial como por exemplo, no caso de internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, nos

termos do artigo 5.1 da Lei de Saúde Mental. Ainda, tradicionalmente consideram-se os casos de urgência, incompetência ou incapacidade do paciente, privilégio terapêutico, e os casos nos quais o paciente rejeite toda informação (Simón e Júdez). Passamos a descrever estes últimos.

Considera-se que um caso urgente alude a aquelas situações que não permitam a demora da actuação profissional, devido a existência de risco de morte ou lesões permanentes, sem que exista a possibilidade de comunicar com o paciente, tal e como se encontra consignado no Artigo 157º do Código Penal. Neste sentido, o Artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina especifica que “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”, indicando-se igualmente que o paciente seja informado o quanto antes for possível acerca das intervenções levadas a cabo e que seja pedido consentimento para ulteriores cuidados e tratamentos médicos.

Relativamente à incompetência ou incapacidade do utente, podemos dizer que o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 14 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (Artigo 38º do Código Penal). Quando o indivíduo não tiver capacidades para prestar o seu consentimento, a intervenção não poderá ser realizada sem o consentimento do seu representante legal (Artigo 6.º Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina). Porém, será tida em consideração a opinião do menor em função da sua idade e grau de maturidade. Pela sua parte, o Artigo 1878º do Código Civil estabelece que os pais, de acordo com a maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida.

Pela sua parte, o privilégio terapêutico refere-se à situação na qual o profissional oculta informação, não revela a verdade ao paciente ou não solicita o seu consentimento por considerar que produziria um dano físico ou psicológico grave, atrasaria o processo de cura, ou impediria ou deterioraria a qualidade de vida do paciente (Gracia). O clínico teria então o poder de ocultar informação a um sujeito a respeito dos riscos do procedimento, quebrando assim a regra da veracidade, se o conhecimento de tais circunstâncias pudesse pôr “em perigo a sua vida” ou este fosse “susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica” (Artigo 157.º do Código Penal).

Este argumento só deve ser invocado em situações excepcionais, por ter sido utilizado para legitimar o facto de ocultar informação aos pacientes. Porém, é habitual que as famílias prefiram que o paciente não conheça a verdade da sua situação quando o diagnóstico é grave ou o prognóstico é negativo. Quando o profissional de saúde acede a esta exigência familiar, cria-se em torno do doente uma “conspiração do silêncio”, que leva a que o indivíduo não só tenha perdido a saúde, mas também o controle sobre a sua vida.

A este respeito devemos salientar que uma informação ampla e veraz facilita a adaptação e colaboração dos pacientes, não se evidenciando diferenças significativas relativamente a outras contrariedades que possam vir a acontecer na vida das pessoas (Solano). Devemos ter em consideração que os profissionais nem sempre aceitam um tratamento irracional, e que normalmente não gostam de dar más notícias. Para evitar o risco de converter a excepção em norma, o privilégio terapêutico deverá ser usado muito raramente, não se devendo

abusar do mesmo, por exemplo, ao ocultar informação por temor de que o paciente possa rejeitar o tratamento se estiver consciente dos riscos do mesmo. É por isso que qualquer excepção ao consentimento informado baseada no privilégio terapêutico deverá estar fundamentada numa evidência sólida de que este poderá causar grave dano ao paciente.

Na revisão da literatura realizada, não encontramos qualquer referência bibliográfica que estenda este privilégio a outros profissionais que não sejam médicos. Mesmo assim, aconselhamos o profissional a deixar o exercício deste privilégio registado na história clínica do paciente, ressaltando todas as circunstâncias e aspectos relevantes relacionados com os motivos pelos quais tomou essa decisão, e a informar os familiares da situação.

Para finalizar, o paciente terá direito a receber informação até onde queira (e não só possa) entender. Assim, não será precisa a obtenção do consentimento informado no caso de o sujeito rejeitar toda a informação, delegando esse direito numa outra pessoa designada pelo próprio indivíduo para que seja o interlocutor do profissional.

Por outras palavras, o profissional de saúde informaria um representante que seria quem daria o seu consentimento informado, no entanto, o próprio sujeito assentiria a esta decisão. Estaria assim a respeitar-se a vontade do indivíduo em não ser informado, mas ao mesmo tempo obteria-se o consentimento informado, não se deixando desprotegido o indivíduo. Do ponto de vista jurídico, não parece ser um problema, por ser a vontade livre e expressa do indivíduo. Decidir não querer ser informado é um exercício de liberdade, visto que se trata de decidir como gerir o acesso a informação que diz respeito ao próprio. No entanto, é difícil conciliar sempre este direito e esta liberdade com o conceito de responsabilidade inter-pessoal e social, quando a decisão de não ser informado puder colocar outros em risco. É importante salientar que neste suposto será necessário que o indivíduo manifeste expressamente esta vontade, devendo sempre o profissional reconhecer claramente quando esta situação ocorre, e consultar o paciente para saber se é realmente essa a sua decisão. Após isto, a vontade do paciente deve ser respeitada. Nesta situação, deve ser o próprio paciente, quando possível, a comunicar à sua família esta sua decisão de não ser informado.

O direito a não ser informado também se encontra incluído em numerosas regulamentações, entre outras na Declaração para a Promoção dos Direitos do Doente na Europa de 1994 (WHO, artigos 2.5. e 2.6). Iguamente o art. 10.2 da Carta sobre os Direitos do Homem e a Bio-medicina afirma que “Toda a pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Contudo, a vontade da pessoa de não ser informada, deve ser respeitada”. Na regulamentação portuguesa, podemos encontrar este Direito no Art. 6º da Carta dos Direitos do Doente Internado (Direcção-Geral da Saúde): “O doente tem direito, se assim o desejar, de não ser informado sobre o seu estado de saúde, podendo, nesse caso, indicar quem pode receber a informação em seu lugar, devendo este facto ficar registado no processo clínico”. Neste caso, o profissional de saúde deveria documentar este desejo do indivíduo no processo clínico, lembrando-lhe de tempos a tempos que tem direito à informação.

#### **4. COMENTÁRIOS FINAIS E PRINCIPAIS OBJECÇÕES AO CONSENTIMENTO INFORMADO**

Hoje, ainda há alguns profissionais que não aceitam este modelo de relação clínica centrado na autonomia do paciente, colocando objecções a esta necessidade de obter o consenti-

mento. Estes profissionais argumentam que gera muitos conflitos, o que é certo, porque uma relação em que uma parte ordena e a outra obedece não é conflituosa, mas quando o paciente é livre de dar a sua opinião pode surgir discrepância. Por isso, do nosso ponto de vista, a existência de conflitos não é algo negativo. O negativo seria não saber como fazer face aos mesmos e não saber como dialogar para profissional e paciente encontrarem conjuntamente a melhor opção a seguir.

Os profissionais também têm alegado que o consentimento informado constitui uma intromissão da legislação na actividade clínica, porque atribui ao clínico obrigações alheias ao exercício da sua profissão. Da nossa perspectiva, esta crítica não é mais que uma manifestação da beneficência paternalista, pois assim o clínico tenta procurar de forma totalmente bem-intencionada o bem do paciente, agindo como autoridade. Lembrando a consigna do despotismo ilustrado, poderia resumir-se esta atitude na expressão “tudo para o doente, mas sem o doente”.

Outros aludem ao facto dos indivíduos poderem rejeitar participar na tomada de decisão e até ser informados. A este respeito deveríamos considerar que actualmente estamos a assistir a uma mudança social, na qual os indivíduos sentem cada vez mais a necessidade de participarem naquelas decisões que dizem respeito à sua saúde.

Também se tem legitimado a não necessidade da obtenção do consentimento aduzindo o facto de que o individuo nem sempre compreende a informação que lhe é fornecida. A este respeito só podemos dizer que a solução é simples, e passa por facilitar a compreensão de dita informação utilizando uma linguagem clara e acessível para o indivíduo, ajudando igualmente a esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir.

Ainda se tem justificado a não obtenção do consentimento apresentando o facto de que a informação gera ansiedade desnecessária no indivíduo, aumentando igualmente os efeitos secundários do tratamento. Porém, para a maioria dos pacientes, o acesso a informação incrementa a sua satisfação e facilita a adesão ao tratamento (Solano).

Por último, tem-se legitimado a não obtenção do consentimento informado porque leva muito tempo. Este é fundamentalmente o principal problema dos profissionais. Num sistema de saúde como o nosso, os profissionais, sobretudo os dos cuidados primários, têm que fazer face a exigências assistenciais cada vez mais elevadas, o que dificulta ter tempo para conseguir uma atenção de máxima qualidade. Perante isto, deveríamos salientar a necessidade de uma melhor gestão do tempo para enfrentar este problema, mas reconhecemos que deveriam ser os gestores da área da saúde a avaliar o tempo que o processo de obtenção do consentimento informado consome, em ordem a programarem e gerirem os recursos assistenciais.

Destas objecções podemos concluir que a entrada em vigor das Leis não se tem implementado conjuntamente uma educação em valores. Nas palavras de Couceiro, “o problema é que por uma vez, os documentos legais surgiram mais rapidamente do que a mudanças sociais, pelo que começa a solicitar aos profissionais de saúde que desenvolvam tarefas para as quais não têm sido formados, nem no contexto social, nem no exercício da profissão” (Couceiro). Desta forma, o consentimento informado é assumido como um trâmite administrativo, esquecendo que é uma exigência ética, e que todo o paciente é capaz de tomar decisões por si próprio, se não se demonstra o contrário. Neste sentido também se pronuncia Galán, que critica o “formulismo” e formalismo com que os médicos interpretam a assinatura do documento de consentimento.

Também Delaney afirma que actualmente o consentimento informado é interpretado pelos psicoterapeutas como o facto de dar informação, e não como oferecer alternativas de tratamento. A interpretação do psicoterapeuta da obrigação ética de obter o consentimento é “apoiada por uma motivação para obter um benefício terapêutico (determinado pelo terapeuta) para o paciente, mais do que por uma preocupação pelo respeito da autonomia do mesmo” (Delaney). Assim, os terapeutas devem reanalisar os objectivos da prática psicoterapêutica de forma a que o ideal da beneficência, as assunções dos papéis terapêuticos e os princípios práticos possam ser entendidos à luz do significado ético e relevância clínica da autonomia do paciente.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Beauchamp, Tom L., e James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 5<sup>th</sup> ed. London: Oxford U P, 2001.

Beauchamp, Tom L., e Ruth Faden. “Information Disclosure. Ethical Issues”. *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. Warren T. Reich. Vol 3. New York: MacMillan, 1995. 1225-41.

Conselho da Europa. *Convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina*. 1997. Internet. 28 Maio 2006. <[http://www.dgpi.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy\\_of\\_anexos/convencao-para-a4805/](http://www.dgpi.mj.pt/sections/relacoes-internacionais/copy_of_anexos/convencao-para-a4805/)>.

Couceiro, Azucena. “El nuevo rostro de la relación sanitaria: el consentimiento informado y sus aplicaciones.” *Jano* 1117 (1995): 39.

“Decreto-Lei n.º 47344/66, de 25 de Novembro - Código civil.” *Diário da República* n.º 274, I Série-A, 1966. 1883-2086.

“Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março - Código penal.” *Diário da República* n.º 63, I Série-A, 1995. 1350-416.

Delaney, Clare M. “In Private Practice, Informed Consent is Interpreted as Providing Explanations Rather than Offering Choices: a Qualitative Study.” *Australian Journal of Physiotherapy* 53.3 (2007): 171-77.

Direcção-Geral da Saúde. “Circular informativa da DGS n.º 15/DSPCS, de 23 de Março de 1998.” *O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente)*. João V. Rodrigues. Coimbra: Coimbra Editora, 2001. 504-6.

Direcção-Geral da Saúde. *Carta dos direitos do doente internado*. 2004. Internet. 26 Maio 2006. <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>>.

Galán Cortés, Julio C. “La responsabilidad médica y el consentimiento informado.” *Revista de medicina de Uruguay* 15 (1999): 5-12.

Gracia Guillén, Diego. “La relación clínica.” *Revista clínica española* 191.2 (1992): 61-63.

Islas-Saucillo, Margarita, e Herberto Muñoz. "El consentimiento informado. Aspectos bioéticos." *Revista Médica del Hospital General* 64.4 (2000): 267-73.

"Lei n.º 36/98, de 24 de Julho - Lei da Saúde Mental." *Diário da República* n.º 169, I Série-A, 1998. 3544-50.

"Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto - Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano." *Diário da República* n.º 195, I Série-A, 2004. 5368-78.

Marques-Teixeira, João. "Consentimento informado em psiquiatria." *Saúde mental* 11.2 (2009): 7-9. Internet. 10 Mai. 2010. <[http://www.saude-mental.net/pdf/vol11\\_rev2\\_editorial.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol11_rev2_editorial.pdf)>.

Rodrigues, João V. *O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português (elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente)*. Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

Simón, Pablo, e Javier Júdez. "Consentimiento informado." *Medicina clínica* 117.3 (2001): 99-106.

Simón, Pablo. "El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias." *Medicina familiar* 5 (1995): 264-71.

Simón, Pablo. "La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente." *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* XXVIII.102 (2008): 325-48.

Solano López, Daniel. "Consentimiento informado: concepto, requisitos, excepciones, evolución y modificaciones asistenciales que conlleva." *Gazeta médica de Bilbao* 97.1 (2000): 23-25.

World Health Organization (WHO). "A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe (Doc. Eur/ICP/HLE 121, 28 June 1994)." Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1994.