

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, AUTONOMÍA Y  
BENEFICENCIA EN LA CONSULTA HOSPITALARIA DE LA  
CIUDAD DE SANTO DOMINGO**

(The informed assent, autonomy and charity in the hospital consultation of  
the city of Santo Domingo)

**Ronis Pérez Batista\***  
**Miguel Suazo\*\***

**RESUMEN**

La propiedad del cuerpo es uno de los temas claves de la bioética para poder establecer una relación médico paciente con calidad moral.

Ello implica reconocer la Autonomía como un principio que enarbolan los pacientes, la beneficencia el médico y el Consentimiento Informado como la mediación puente entre ambos principios.

El reconocimiento y respeto de ellos debe conllevar a la permisión de la toma de decisiones por parte del paciente y como respuesta a la claridad del médico en que ello es un atributo de su pertenencia

Estas variables son estudiadas en esta investigación, con el interés de ver si están presentes en el ejercicio profesional en 10 hospitales de la Ciudad de Santo Domingo.

**PALABRAS CLAVES**

Autonomía, consentimiento informado, relación médico-paciente.

**ABSTRACT**

The ownership of the body is one of the key issues of bioethics to establish a doctor-patient relationship with moral quality.

---

\* Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC, República Dominicana.

E-mail: ronisperez@gmail.com, ronisper@intec.edu.do

\*\* Centro de Bioética, Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC, República Dominicana.

E-mail: drsuazo@gmail.com

This involves recognizing the autonomy as a principle of the patients, charity as the medical principle and the informed consent as the mediation bridge between the two principles.

The recognition and respect for them should lead to the permission of decision making by the patient and in response to the clarity of the doctor that this is an attribute of their ownership.

These variables are studied in this research, with interest to see if they are present in the professional practice in diez hospitals in the city of Santo Domingo.

#### KEY WORDS

Autonomy, informed consent, decisión. Medical-patient relations.

## INTRODUCCIÓN

El impacto de la investigación en seres humanos, desde Nuremberg hasta Tuskegee revolucionó el campo de la ética y dieron paso a la disciplina hoy reconocida como Bioética.

En 1932 en el Hospital de Tuskegee en Macon, Alabama se decidió hacer una investigación sobre el desarrollo natural de la sífilis tomando a 400 pacientes infectados, la cual duró hasta 1972 cuando fue denunciado puesto que se conocía la penicilina en los años 40. El estudio consistió en tomar 200 sujetos negros sanos y 200 infectados y sin dar tratamiento a estos últimos, evaluar la morbilidad y mortalidad de los mismos.

En otro acontecimiento similar al de Willowbrook (1963-66), se infectó con el virus de la hepatitis a niños de un asilo, los cuales padecían de retraso mental, para poner a prueba una vacuna. Otros hechos hablan de la falta de una visión ética en este renglón de la investigación como los casos de Karen Quinlan, la hemodiálisis del Dr Scrib y otras en que nuevos dilemas o dudas morales se presentaban en cada paso dado a nombre de la ciencia.

Entre otras cosas esto hizo que surgiera el Reporte Belmont y el Consejo Nacional para la Investigación Humana en los cuales se establecían los criterios para diferenciar la práctica clínica de la investigación, postular principios como la Autonomía, la Beneficencia y la Justicia y como aplicaciones el consentimiento informado, la evaluación de riesgos beneficios y los criterios para la selección de los sujetos.

Así adquiere categoría jurídica y moral el tema de la Autonomía, entendida como el derecho que asiste a todas las personas a recibir toda la información necesaria que le permita a su vez decidir con criterios sobre lo que entiende que es lo que le conviene. El camino entre la Autonomía y la Beneficencia es el Consentimiento Informado, ambos sirven de base a esta investigación que les presentamos y que fuera realizada por quien suscribe como investigador principal, con la coautoría del Dr. Miguel Suazo director del Centro de Bioética del INTEC.

Los objetivos principales de nuestra investigación fueron los de poder determinar los niveles de presencia en la consulta médica de los principios de Autonomía y Beneficencia, los cuales sirven de pilares a un consentimiento informado bien estructurado.

## **ANTECEDENTES**

Los antecedentes nacionales a este tipo de estudio están necesariamente referidos a las tesis presentadas en la maestría de Bioética del Ceninbio en Intec, a las investigaciones realizadas por el Dr. Suazo sobre Humanización de los servicios de salud en la región IV y luego en 10 Hospitales de la ciudad de Santo Domingo.

Otra investigación tomada en cuenta fue la realizada por nosotros mismos sobre el acceso a la información y la protección de datos personales.

El ámbito internacional presenta estudios con algunas características comunes pero con diferencias locales que no nos permiten comparar.

## MARCO CONCEPTUAL

Como hemos antes señalado debieron producirse manejos inhumanos en la investigación en los seres humanos y en la práctica clínica para que tuviera que legislarse al respecto. El código de Nuremberg abordó los crímenes de guerra Nazi así como las llamadas investigaciones o experimentos en seres humanos.

No necesariamente tenía que ser en el ámbito de los alemanes ya que vimos luego como en los propios Estados Unidos el experimento Tuskegee, Willowbrook, o los casos clínicos de Karen Quinlan o modernamente de Terry Schiavo, nos han sacudido la conciencia moral y han reclamado, en nombre de la ética, conductas más humanas en el desarrollo de la ciencia.

El Informe Belmont de 1979, culminó el proceso cuando trazó una normativa fundamentada en un principialismo de carácter moral donde se reconocía como emblema del paciente o sujeto de una investigación el principio de AUTONOMIA, en el médico o el investigador el de BENEFICENCIA y otorgó a la sociedad la mediación para intermediar entre las partes con el principio de JUSTICIA.

El camino entre la Autonomía y la Beneficencia ha sido el Consentimiento Informado, definido como un proceso mediante el cual se transforma la relación entre los actores asumiendo el investigador o el médico una conducta de acompañante, de portador del conocimiento que lo transfiere al receptor con la finalidad de que pueda identificar riesgos y beneficios, comprender la dimensión real de su participación y al final asumir como propia la responsabilidad de decidir de acuerdo a sus criterios morales.

En esta percepción está incluida de manera subyacente la discusión de la propiedad del cuerpo y partiendo de una visión autonomista es que se colige que el propio sujeto es el responsable de discernir sobre lo que quiere, sobre lo que le conviene y sobre todo de decidir qué es lo bueno, cosa que ya no tiene por que coincidir con lo que piensa que es bueno el médico o investigador.

La toma de decisiones pasó de manos del médico al paciente, de manos del investigador al sujeto de investigación, estableciendo una relación nueva y distinta que de paso puso en crisis el modelo paternalista de la atención y cuestionó los modelos de servicios.

Como vemos, estos debates llevan muchos años en el tapete. Desde los inicios de los 70 tanto Potter como Hallegger postularon por la bioética y a finales de la década surge el informe Belmont. En nuestro país, aún llegando tarde, emerge la bioética en los inicios de los 90 y a casi veinte años de un caminar tortuoso nos preguntamos si estos conocimientos han logrado impactar la práctica clínica y el pensar y actuar de nuestros profesionales de la medicina.

Ya las escuelas de medicina tienen la bioética como asignatura, marcando algunas generaciones de médicos con este sello. Los comités de bioética en el Hospital materno infantil de la Plaza de la Salud entre otros, investigaciones como en el Centro Oncológico del Cibao o el Instituto Dermatológico de Santo Domingo, por solo citar dos, podrían ser indicadores de la presencia de la bioética en el accionar del profesional de salud.

Estas razones nos llevaron a investigar tanto en los pacientes como en los médicos qué está pasando en esos escenarios .

Para introducirnos en este terreno hicimos un levantamiento de información en 10 hospitales de Santo Domingo donde evaluamos, vía una encuesta dirigida a médicos (50) y pacientes (51), la presencia o ausencia de las variables señaladas en el proceso de la consulta médica. En ambos casos medimos percepción tanto del que brinda el servicio como del que la recibe.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS. PACIENTES

Nuestra primera intervención consistió en entrevistar a 51 pacientes de 10 hospitales de la ciudad de Santo Domingo, después de salir de distintas consultas. Seleccionamos un 49.2% pertenecientes al sexo masculino y 50.98% al femenino.

### 1. Sexo

	Masculino	Femenino	TOTAL
Sexo	25	26	51
Porcentaje	49.02	50.98	100

La mayoría de los encuestados procedían del área urbana y solo un 5.88% del área rural.

## 2. Lugar de residencia

Lugar	Urbano	Rural	TOTAL
Residencia	48	3	51
Porcentaje	94.12	5.88	100

De inmediato procedimos a cuestionarle sobre su percepción sobre el trato dispensado por los profesionales que le acababan de consultar, ofreciendo resultados muy buenos ya que el 100% lo ubicó en categorías de bien y muy bien y ninguno reportó queja alguna y reportaron haberse sentido en confianza durante la consulta ya que el médico les brindó un ambiente favorable para la entrevista, tanto que solo 1 (2%) no volvería a consultarse con ese médico mientras el resto si lo haría.

## 3. Percepción del trato recibido en la consulta médica (Beneficencia)

EN LA CONSULTA QUE UD. ACABA DE RECIBIR CÓMO SIENTE QUE LE TRATARON?				
	Muy bien	Bien	Regular	Mal
Frecuencia	45	6	0	0
Porcentaje	88.2	11.8	0.0	0.0

#### 4. Confianza (Autonomía)

SE SINTIÓ EN CONFIANZA DE PODER HABLAR Y DECIR TODO LO QUE LE PASABA?		
	<b>Completamente</b>	<b>El (la) médico no me dio confianza (no me inspiró confianza)</b>
Frecuencia	51	0
Porcentaje	100.0	0.0

#### 5. Volvería a esa consulta?

VOLVERÍA A CONSULTARSE CON ESE (A) MISMO MÉDICO?			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Nunca</b>
Frecuencia	50	0	1
Porcentaje	98.0	0.0	2.0

Progresivamente fuimos cuestionando sobre el consentimiento informado sin darles detalles a los pacientes del contenido del término pero revelando los indicadores que le caracterizan, de esa manera preguntamos sobre la dinámica de la entrevista para evaluar si el médico era autoritario, si imponía su criterio, lo cual se evidencia en el diálogo que genera la entrevista.

Preguntamos sobre la libertad para expresarse en la consulta, si fue interrumpido(a), si dejó hacer preguntas o le impidió hablar, teniendo como resultados que solo un 11.8% se sintió cohibido o impedido de expresarse, el resto lo evaluó como un diálogo libre donde le fue permitido hacer todas las preguntas de lugar para clarificar sus dudas.

## 6. Entrevista clínica (Autonomía)

EN ESTA CONSULTA EL MÉDICO LE PERMITIÓ HABLAR O FUE CORTANTE?			
	<b>Me dejó hablar todo lo que quise</b>	<b>Me interrumpió (me cortó) y no me dejó ampliar</b>	<b>Hablamos lo dos, con preguntas y respuestas</b>
Frecuencia	18	6	27
Porcentaje	35.3	11.8	52.9

## 7. Entrevista clínica

LE PERMITIÓ HACERLE PREGUNTAS?				
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Algunas pero fue agradable</b>	<b>Algunas pero fue cortante</b>
Frecuencia	48	0	0	3
Porcentaje	94.1	0.0	0.0	5.9

## 8. Consentimiento informado (CI)

DURANTE LA ENTREVISTA ÉL (ELLA) LE IBA EXPLICANDO LO QUE IBA HACIENDO?			
	<b>Completamente</b>	<b>Ni una sola vez</b>	<b>De vez en cuando</b>
Frecuencia	40	1	10
Porcentaje	78.4	2.0	19.6



Una característica del consentimiento informado es la presencia de las explicaciones previas a las intervenciones pertenecientes al examen físico o a las indicaciones de procedimientos . En este caso los pacientes avalaron que esta medida estuvo presente en la mayoría de los casos, sin llevarle la contraria ni imponer sus criterios como autoridad médica (ver cuadro 9).

### 9. Consentimiento informado (CI)

LE OBLIGÓ A HACER LO QUE EL (ELLA) DECÍA O DE LO CONTRARIO LE PIDIÓ QUE SE RETIRARA DE LA CONSULTA?		
	Sí	No
Frecuencia	2	49
Porcentaje	3.9	96.1

Posterior a las informaciones el médico debe pedir permiso si en el examen debe tocar el cuerpo del paciente, esto referido a la autonomía del paciente y al convencimiento de que éste es el propietario del cuerpo en el que se va a intervenir. Todos admitieron que fueron informados y solicitados de permiso para el examen.

### 10. Examen físico (Autonomía)

LE EXPLICÓ QUE DEBÍA EXAMINARLE Y PARA ESO LE PIDIÓ PERMISO?		
	Sí	No
Frecuencia	51	0
Porcentaje	100.0	0.0

**11. Privacidad (CI)**

AL EXAMINARLE HUBO UN AMBIENTE DE PRIVACIDAD (NADIE EXTRAÑO PRESENTE) LE CUBRIÓ CON SÁBANAS, U OTRA MODALIDAD?			
	<b>Completamente</b>	<b>Habían más personas y no me pidió permiso</b>	<b>Me examinó delante de todo el mundo</b>
Frecuencia	51	0	0
Porcentaje	100.0	0.0	0.0

El tema del permiso no es per se un indicador absoluto de respeto y de consentimiento informado si no se toman en cuenta las condiciones propias para garantizar la privacidad durante el examen, como sería no permitir la presencia de terceros, salvo la solicitud de permiso y aprobación por parte de los pacientes, respeto por examen a partes pudendas cubriendo con una sábana o dando los máximos de cobertura a la privacidad del mismo.

Todos se sintieron satisfechos de que dichos valores fueron respetados de manera absoluta, lo mismo que las explicaciones concomitantes que se iban produciendo en la medida en que se registraban los exámenes (ver cuadro 12).

**12. Explicaciones (CI)**

LE EXPLICÓ SOBRE TODO LO QUE IBA A HACER ANTES DE TOCARLE SU CUERPO EN EL EXAMEN?				
	<b>Siempre</b>	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca lo hizo</b>
Frecuencia	44	0	7	0
Porcentaje	86.3	0.0	13.7	0.0

Una vez finalizadas la entrevista y el examen físico, el médico establece lo que llama un diagnóstico de impresión o a descartar y debe acompañarlo de una serie de indicaciones de laboratorio o estudios denominados en términos generales como “procedimientos”. Como parte de este proceso el médico debe explicar a los pacientes su impresión diagnóstica y las indicaciones de lugar, respondiendo a las preguntas que puedan surgir.

En el cuadro 13 podemos ver la satisfacción de los usuarios con las explicaciones recibidas, salvo un 2% de insatisfechos

### 13. Explicaciones (Beneficencia)

LE EXPLICÓ LO QUE ÉL (ELLA) SUPONÍA QUE ERA SU DIAGNÓSTICO?				
	Completamente	No explicó nada	Yo pregunté y entonces me explicó	Yo pregunté y no me contestó
Frecuencia	38	1	12	0
Porcentaje	74.5	2.0	23.5	0.0

Muchas veces las explicaciones se dan de manera absoluta pero ello no es garantía ni evidencia de consentimiento informado si la misma no ha sido clara y entendible para el paciente y a su nivel de comprensión, sobre todo si tomamos en cuenta que los pacientes que van a los hospitales por lo general proceden de estratos sociales bajos con un bajo nivel de escolaridad que le impide comprender los lenguajes convencionales.

El 100% aceptó haber recibido explicaciones claras o respuestas claras antes las dudas o incomprensiones de algunos aspectos, lo mismo que sobre las indicaciones o análisis recomendados para establecer el diagnóstico definitivo.

14. Indicaciones o procedimientos (CI)

LE INDICÓ HACERSE ALGUNOS ANÁLISIS O ESTUDIOS Y LE EXPLICÓ EN QUÉ CONSISTÍA CADA UNO DE ELLOS?			
	Sí	No	Me explicó pero no entendí
Frecuencia	51	0	0
Porcentaje	100.0	0.0	0.0

15. EXPLICÓ EN UN LENGUAJE CLARO QUE UD. COMPRENDIERA?					
	Entendí todo porque habló claro	No entendí nada porque habló muy enredado	No entendí, pregunté y me aclaró	No entendí, pregunté y me volvió a explicar lo que no entendí	No entendí pregunté y me aclaró hasta que entendí
Frecuencia	41	0	5	1	4
Porcentaje	80.4	0.0	9.8	2.0	7.8

## 16. Aclaraciones a preguntas (CI- Autonomía)

LO QUE UD. NO ENTENDIÓ LO VOLVIÓ A PREGUNTAR Y LE RESPONDIERON?			
	Si, muy amablemente	No me atreví a preguntar	Pregunté y me regañó
Frecuencia	51	0	0
Porcentaje	100.0	0.0	0.0

Hay un tema muy sensible en medicina y es el de las segundas opiniones o la solicitud o búsqueda de otras opiniones médicas ante las conclusiones diagnósticas del primero. Es sensible por que genera en algunos médicos un sentimiento de duda hacia su capacidad clínica y en ocasiones reaccionan imponiéndose y marcando un paternalismo radical que obliga a los pacientes a obedecer o retirarse.

## 17. Segunda opinión (Autonomía)

UD. LE PIDIÓ EN ALGÚN MOMENTO SU DESEO DE CONSULTAR CON OTRO MÉDICO ANTES DE DECIDIR SOBRE LO QUE ESTE MÉDICO LE INDICÓ?		
	Sí	No
Frecuencia	1	50
Porcentaje	2.0	98.0

En el caso que nos ocupa solo el 2% comunicó al médico querer pedir otra opinión. No hubo imposición sino que más bien todo se discutió entre ambos y se tomó la decisión acordada (ver cuadro 18). Tampoco hizo falta solicitar al médico que se impusiera la decisión de el asumiendo sus conocimientos. Siempre hubo diálogo para la toma de decisiones (cuadro 19).

**18. Reacción del médico (Beneficencia)**

UD. PIDIÓ CONSULTAR A OTRO MÉDICO. ¿CÓMO REACCIONÓ ÉL/ELLA?				
	Favorablemente	Incómodo y no aceptó	Aceptó pero incómodo y (bajo protesta)	Saltaron la pregunta
Frecuencia	0	0	0	51
Porcentaje	0.0	0.0	0.0	100.0

Solo el 2% tuvo esta experiencia por lo cual este cuadro no aplica.

**19. Toma de decisiones (Autonomía)**

AL TOMAR LA DECISIÓN FINAL SOBRE LO QUE SE TENÍA QUE HACER (ANÁLISIS, ESTUDIOS, TRATAMIENTOS, ETC.), QUIÉN LO DECIDIÓ?				
	Él (ella) permitió su decisión	Él (ella) me impuso su decisión	La decisión la tomamos entre los dos	Ninguna de las anteriores
Frecuencia	0	0	50	1
Porcentaje	0.0	0.0	100.0	2.0

Quizás este es uno de los aportes más significativos de la investigación ya que se va instaurando un modelo de participación y decisión compartida entre médico paciente estableciendo un nuevo modelo en la atención clínica. Ni se impone un paternalismo duro donde el médico manda y el paciente obedece ni se delega la responsabilidad médica en las decisiones subjetivas de un paciente desinformado.

Se instaure de alguna manera un reconocimiento al paciente en su autonomía pero se entiende que para ello debe estar informado.

## 20. Imposición. (Beneficencia)

ÉL (ELLA) ME IMPUSO LO QUE HABÍA QUE HACERME PORQUE SEGÚN ME DIJO ERA LO QUE ME CONVENÍA Y ESO SOLO LO SABEN LOS DOCTORES		
	Así fue	No fue así, lo conversamos y decidimos entre ambos
Frecuencia	0	51
Porcentaje	0.0	100.0

## 21. Beneficencia

YO QUISE QUE ÉL (ELLA) ME IMPUSIERA LO QUE HABÍA QUE HACERME PORQUE LOS DOCTORES SON LOS QUE SABEN DE ESO		
	Así fue	No fue así, lo conversamos y decidimos entre ambos
Frecuencia	0	51
Porcentaje	0.0	100.0

La beneficencia ya no es entendida en el modelo clásico de imposición del bien aún en contra de la voluntad del paciente sino como una conceptualización que hace el paciente a partir de su mundo de valores. El define lo bueno, qué es lo bueno y no admite que se impongan los valores del médico como criterio de verdad. (cuadro 22).

## 22. (Beneficencia)

SENTÍ QUE EN TODA LA CONSULTA SE HIZO			
	<b>Lo que él (la) médico quería</b>	<b>Lo que yo quería aun fuera en contra de lo que el médico decía</b>	<b>Lo que entre los dos acordábamos</b>
Frecuencia	1	2	48
Porcentaje	2.0	3.9	94.1

Con estos nuevos criterios del bien, fundamentado en el respeto a la Autonomía y viabilizado por el Consentimiento Informado, vemos como los pacientes refirieron haberse sentido entre conformes y bien tratados y nadie percibió mal trato.

## 23. Percepción sobre el trato recibido (Beneficencia)

FINALMENTE CÓMO SE SINTIÓ EN TODA LA CONSULTA?			
	<b>Bien tratado(a)s</b>	<b>Mal tratado(a)s</b>	<b>Conforme</b>
Frecuencia	41	0	10
Porcentaje	80.4	0.0	19.6

La percepción es un indicador básico al evaluar la humanización de los servicios y el trato dado por los profesionales. Puede darse calidad, confort, incluso buen trato pero si el otro no lo percibe como tal se puede decir que no existe en la realidad.

En la segunda parte de nuestra investigación encuestamos a los médicos sobre las mismas variables con la intención de ver las similitudes y diferencias de percepción entre el que ofrece el servicio y el que lo recibe, lo cual publicaremos en nuestro segundo artículo.



- Las conclusiones parciales que hasta este momento precisamos son las siguientes:
- Si algo queda claro es que los pacientes sienten un respeto y/o aprecio por los médicos que les hace idealizar esa figura y reducir errores o malos tratos en su autopercepción.
- Para los pacientes hay una excelencia en el trato recibido, lo cual beneficia la participación del médico en un contexto humanizado de las relaciones médico pacientes.
- La Autonomía del paciente como individuo con derecho a ser respetado, oído, bien tratado e informado se evidencia que estuvo garantizado, según revela la investigación. Hay conciencia en los médicos de estos derechos y de la importancia de otorgar un buen trato.
- Va apareciendo en el firmamento de la clínica y con las nuevas generaciones médicas un cambio de paradigma en las relaciones con sus pacientes y estos la van percibiendo cada día más, aunque mezclen estas realidades con sus afectos y deferencias por este tipo de profesional por su cercanía con la garantía de sus vidas.
- La Autonomía es el principio que identifica al paciente en cuanto a sus derechos de exigencia. Aquí se evidencia la forma cómo la gente va percibiendo su derecho a decidir sobre su cuerpo y a decidir en lo relativo a la toma de decisiones que le incumben y las cuales no producen daños a terceros.
- El Consentimiento Informado se plantea como una realidad en el desarrollo de toda la investigación, excepto en la toma de decisiones. Esto genera una duda moral ya que pudiéramos estar evaluando como ética las atenciones que median en la relación médico paciente y no serlo.
- Lo que define una relación bioéticamente está dada por la toma de decisiones, el paternalismo y no necesariamente por el trato afable o educado, sobre todo en momentos en que se impone un régimen de seguridad social que aporta incentivos por productividad lo cual nos deja dudas.

- No hay duda alguna en que se ha mejorado el trato, la información, el respeto, el diálogo pero que aún no tenemos una cultura que favorezca las propuestas de ofertas terapéuticas o el diálogo dirigido a la búsqueda de consenso para decidir, lo cual tiene como subyacencia aún el tema de la propiedad del cuerpo cuya pregunta clave es ¿quién es el dueño del cuerpo?

## RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones de corte bioético que tengan una fin operativo de manera de que estos hallazgos puedan volver a ellos en forma de capacitación
- Retomar el tema a nivel universitario para poder proponer modelos de enseñanza de la Bioética en los niveles del pregrado
- Incluir esta formación a nivel de todas las residencias médicas y maestrías que se imparten a médicos
- Dar conferencias en las salas de espera dirigida a los pacientes para que entiendan sus derechos legales y morales en la consulta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Garrafa Volnei, Kottow Miguel, Sadaa Alya. *El estatuto epistemológico de la Bioética*. Mexico Red Latinoamericana y del caribe de Bioética de la UNESCO. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM 2005.
2. Santos y Vargas Leonidas. *Bioética Crítica*. Puerto Rico. Instituto Hostosiano de Bioética. 2006.
3. Gracia Diego. *Fundamento y Enseñanza de la Bioética*. Bogotá. Colombia Editorial El Buho. 1998.

4. Acosta Sariego José. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana. Cuba. Centro Félix Varela. Compilación.2002
5. Cortina Adela. *La Ética de la Sociedad Civil*. Madrid.Grupo Anaya S.A.2004
6. Cortina Adela. *El quehacer Ético*. Madrid. Santillana. 1999.
7. Suazo Miguel. *Bioética para nuevos*. Santo Domingo. Centro INTEC de Bioética. 2002.
8. Suazo Miguel. *Adolesceré: Un nuevo marco axiológico*. Santo Domingo. Imprenta La Unión. 2004.
9. Acosta Sariego José “*Bioética Global Sustentable*”. Revista Latinoamericana de Bioética. 2006.
10. Osorio Sergio Nestor. “*Qué hay entre la Ética y la Bioética*” Revista Latinoamericana de Bioética 2006 No.11 .
11. Simón Pablo. *Consentimiento Informado*. Tricastela. Madrid. España.

**Recibido: 15/04/09**

**Aprobado: 09/06/09**