



IMPLICANCIAS BIOÉTICO LEGISLATIVAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA REDACCIÓN DEL PROTOCOLO DE ABORTO TERAPÉUTICO

Belú Fiorella Pérez Dávila ¹

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 06 de junio de 2019
Aceptado el 26 de junio de 2019

Palabras clave:

Consentimiento Informado
aborto terapéutico
bioética personalista
bioética principialista
legislación
protocolo médico

RESUMEN

El aborto terapéutico es una práctica médica se encuentra despenalizada en nuestro país, y está regulada bajo un procedimiento estandarizado a nivel nacional en el comúnmente denominado Protocolo de Aborto Terapéutico (PAT), previo Consentimiento Informado (CI) de la gestante y sin incluir los derechos de su hijo. El presente artículo contiene un análisis bioético, desde las bioéticas personalista y principialista, así como legislativo del CI de la gestante regulado en el PAT, como requisito para la realización de un aborto por razones terapéuticas. Con lo cual conoceremos su grado de idoneidad, tanto desde el enfoque bioético como el legal.

Legislative bioethic implications of the informed consent in the drafting of the therapeutic abortion protocol

ABSTRACT

Keywords:

informed consent
therapeutic abortion
personalistic bioethics
principialist bioethics
legislation
medical protocol

The therapeutic abortion is a medical practice. It's decriminalized in our country, and is regulated under a standardized procedure at the national level in the so called Protocol of Therapeutic Abortion (PAT), prior informed consent (IC) of the pregnant woman and without including the rights of his son. The present article contains a bioethical analysis, from the personalist and principialist bioethics, as well as legislative of the IC of the pregnant woman regulated in the PAT, as a requirement for the realization of an abortion for therapeutic reasons. With which we will know its degree of suitability, both from the bioethical and legal approach.

Introducción

En el presente artículo analizamos el contenido bioético y legislativo del Consentimiento Informado de la madre gestante para la realización de un aborto justificado por razones terapéuticas, regulado en la "Guía Técnica

Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del

¹ Máster en Bioética por la Universidad de Navarra-España. Maestría en Persona, Matrimonio y familia. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lima, Perú. Contacto bperez.12@alumni.unav.es

Código Penal², o comúnmente denominado Protocolo de Aborto Terapéutico (PAT), promulgado mediante Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA.

Esta norma contiene dos aspectos que merecen una atención especial. Por una parte, pese a su esfuerzo por enlistar las causales para tener acceso a un aborto por razones terapéuticas, entendiéndose indispensable, ya que permite la muerte de una persona en su etapa inicial, la pre natal, dicha Resolución Ministerial admite una lista indeterminada de enfermedades cuyo padecimiento daría lugar a un aborto (art. 6 inc. 1. 11³), permitiendo su realización de manera indiscriminada, y omitiendo otros medios para salvaguardar ambas vidas humanas: la de la madre y la de su hijo.

Por otra parte, el PAT establece que el CI de la madre gestante es un requisito indispensable para la realización de un aborto terapéutico por el personal médico, sin incurrir en una mala praxis. Esto nos hizo reflexionar sobre la encrucijada que sufren los progenitores cuando se les informa que su embarazo es de riesgo y deberán decidir si continuar con el mismo, a costa de la vida o el grave deterioro de la salud física de la madre, o no, procediendo con el aborto por razones terapéuticas. Puesto que el PAT pretende la atención integral de la mujer gestante, regulando el deber del personal de salud de proporcionarle toda la información que esta necesite conocer,⁴ hemos considerado indispensable preocuparnos por el respeto de su persona; averiguando sobre si verdaderamente es informada sobre las implicancias de su enfermedad y la repercusión que esta tiene sobre su vida, salud y la de su hijo intra uterino, a fin de que pueda tomar una decisión libre y emitir un CI válido.

Vista esta dinámica entre la paciente y el médico, hemos realizado un análisis del CI regulado en el PAT. A fin de evaluar si tiene una orientación bioética acorde con el respeto por las personas implicadas (madre gestante y vida intra uterina), y si legislativamente cumple con las garantías que amparan a la madre gestante con respecto al debido ejercicio del derecho al

CI, frente a los actos de los profesionales de la salud que no obren conforme a la “*lex artis*” de su profesión, teniendo en cuenta la salud física y mental de la madre ante los riesgos que sobrevienen a la intervención quirúrgica abortiva. Por estos motivos hemos formulado el siguiente cuestionamiento: ¿Qué implicancias bioéticas y legislativas tiene para la madre gestante la aplicación del CI en la redacción del PAT?

Para responder a esta pregunta, desarrollaremos los aspectos relevantes de la teoría del CI desde el enfoque del paciente destinatario de las terapias médicas, al igual que su componente bioético, desde el personalismo y el principialismo, identificando la inclinación de dicho derecho según lo regulado en el PAT. Asimismo, trataremos sobre el aborto terapéutico, normado por dicho documento, desde las bioéticas mencionadas. También, analizaremos el CI de la madre gestante en la redacción del PAT y su coherencia con el resto de la legislación referente al CI.

1. ASPECTOS RELEVANTES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El CI es el derecho indispensable que tiene todo paciente a ser informado sobre los riesgos que se encuentren vinculados a una intervención médica, dentro de la relación médico paciente, y brindar, o denegar, su consentimiento.⁵

El CI escrito puede ser usado indebidamente como una herramienta para una medicina defensiva, para encubrir el incumplimiento del deber de información del médico.⁶ Asimismo, este derecho tiende a perder vigor cuando la relación médico paciente se orienta hacia el paternalismo, ya que los pacientes no sienten la necesidad de ser informados por el médico y aceptan sus decisiones.⁷ Para evitar estas situaciones, se ha de tener en cuenta los elementos básicos de este derecho, y sus límites, los cuales pasamos a mencionar.

1.1. Elementos del Consentimiento Informado

² Código Penal. D. Leg. 635. Perú, 1991. Art. 119°: “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”.

³ “...cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente”.

⁴ El art. 6 inc. 5 y el art. 6 inc. 6 hacen referencia a la información, orientación y el CI de la gestante.

⁵ MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro. *Bioética, religión y salud*. Subdirección general de bioética y orientación sanitaria, Madrid, 2005, págs. 147 – 148.

⁶ PRIETO, Santiago; SAINZ, Ana. *Consentimiento informado y otros aspectos bioéticos de la información al paciente en el ámbito del laboratorio clínico*, 2010 (ubicado 11/12/2015). Obtenido en <http://www.aebm.org/grupos%20de%20trabajo/docu2.pdf>, p. 8.

⁷ AGUILAR-SIERRA, Laura. “Consentimiento informado en la paciente embarazada menor de edad”, *Revista mexicana de anestesiología*, Vol. 31. Supl. 1, Abril-Junio 2008, págs. 238-242. También ver: VIZCAYA, David; ZÚÑIGA, Felipe y otros. “Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2014, Número 5, Volumen 57, pág. 9.

Para un CI válido es necesario que se le brinde al paciente una información adecuada y suficiente sobre el tratamiento, sus beneficios y sus riesgos, no bastando el proporcionarla, sino el asegurarse de su comprensión⁸. Asimismo, es preciso que el paciente cuente con la capacidad para comprender la información, evaluarla, tomar una decisión y asumir las consecuencias de la misma.⁹ También, debe haber un acuerdo voluntario, libre de coerción y manipulación. Y, cuando se trate de actuaciones médicas relevantes, ha de quedar documentado, como prueba de su realización.¹⁰

1.2. Límites del Consentimiento Informado

Desde el punto de vista jurídico, el CI de los pacientes, como todo derecho, tiene límites que establecen las fronteras sobre lo que es posible decidir y ejercer la autonomía personal. Uno de ellos consiste en que la licitud del consentimiento depende de la disponibilidad del objeto sobre el cual recae la decisión.¹¹ De este modo, el paciente podrá autorizar procedimientos que involucren únicamente su salud, permitan su recuperación e impliquen un riesgo razonable. Otro límite es el que se origina en el derecho al ejercicio legítimo de una autoridad, oficio u cargo. Así, el médico deberá actuar conforme a la *lex artis* de su profesión y podrá evitar consentimientos que contravengan a su ética profesional¹².

2. VALORACIÓN BIOÉTICA DEL ABORTO TERAPÉUTICO

En vista de que el CI de la madre gestante consiste en la aprobación de un aborto terapéutico, en las siguientes líneas expondremos brevemente la orientación bioética del PAT en relación a esta clase de aborto.

2.1. Comprensión del aborto terapéutico según las bioéticas personalista y principialista

2.1.1. El aborto terapéutico desde la bioética personalista

La bioética personalista considera el respeto por toda vida humana desde el momento de la concepción. Ya que se caracteriza por su continuidad, sin rupturas a lo largo de la existencia.¹³ Es un elemento constitutivo de quien la posee, que por ella es un “yo”, con corporalidad, temporalidad y otros aspectos imprescindibles, sin la cual ese “yo” dejaría de existir¹⁴. Así, el contenido científico que sirve para definir el aspecto biológico de una vida humana está unido a la consideración antropológica de persona humana, dado que todo cuerpo humano tiene un carácter personal.¹⁵ El aborto terapéutico implica la extinción de una vida humana en los primeros meses de su existencia. La bioética personalista valora a esta clase de aborto desde la comprensión coherente de su conceptualización. Por esto, entiende que hay una diferencia entre lo que conocemos como una terapia y el aborto. El carácter terapéutico de un acto médico consiste en que la intervención médica se dirija a curar o retirar la parte del cuerpo dañada por la enfermedad. Si con el “aborto terapéutico” se busca la extracción del feto, organismo que puede estar sano, para evitar el peligro de muerte o de una enfermedad de la mujer gestante, siendo una acción que no se dirige contra la enfermedad, estaríamos ante un aborto directo, resultando inadecuado el adjetivo “terapéutico”¹⁶. Cuando el aborto terapéutico realizado en estos términos se justifica en la salud de la madre gestante se

⁸ *Ibid.* pág. 3. Al respecto: CIVEIRA MURILLO, Emilia. “Consentimiento por representación: cuestiones problemáticas en Medicina Crítica”, en *Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*. 2010, Número 22, pág. 25, sostiene que al ser el derecho de todo paciente, independientemente de su capacidad, se le ha de informar de acuerdo a su posibilidad de comprender.

⁹ RUBIO RUBIO, José María, DEL TRIGO ESPINOZA, María. “Consentimiento Informado” en *Bioética y Derechos Humanos: Implicaciones Sociales y Jurídicas*. Universidad de Sevilla, Sevilla, 2005, págs. 133-134.

¹⁰ NOVOA REYES, Rommy Helena. *Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo*. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2013, págs. 22 – 23.

¹¹ OSSADÓN WINDOW, María Magdalena. “Aborto y justificación”, en *Revista Chilena de Derecho*. 2012, Número 2, Volumen 39, pág. 326.

¹² *Ibidem.* págs. 335-337.

¹³ GÓMEZ-FAJARDO, Carlos. “Observaciones bioéticas sobre el “Consenso de Estambul”: el científicismo y la omisión de lo humano en la embriología humana”, en *Persona y bioética*. 2014, Número 1, Volumen 18, pág. 40.

¹⁴ SAN MARTÍN, Javier. *Antropología filosófica II: vida humana, persona y cultura*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 2015, pág. 24.

¹⁵ LÓPEZ MORATALLA, Natalia. “El cigoto de nuestra especie es cuerpo humano”, en *Persona y bioética*. 2010, Número 2, Volumen 14, pág. 121. Desde la ciencia biológica está demostrado que el individuo humano inicia desde el comienzo del proceso de la fecundación. La filosofía aristotélica llegó a reconocer que el alma humana acompaña al cuerpo biológico desde que este empieza a existir, por esto, se puede hablar de un ser humano desde el inicio de dicho proceso.

¹⁶ BESSIO, Mauricio, CHOMALÍ, Fernando, NEIRA, Jorge, et al. *Aborto “terapéutico”: consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del magisterio de la Iglesia Católica*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile, 2008, pág. 9. Por su parte, TULLIO, citado por MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro. ob.

olvida que la salud no es un bien moral en sí mismo. Para que sea comprendida de esta forma ha de verse en relación a la vida que le da sentido. Por lo que algunos autores personalistas consideran que es inmoral el sacrificio de la vida a cambio de conservar la salud, pues en este caso se está prefiriendo un bien físico (salud) a un bien moral (vida).¹⁷

Contrariamente a realizar un aborto directo, existe el deber del médico de procurar, con todos los medios terapéuticos, salvar ambas vidas (feto – mujer).¹⁸ A la luz de este deber, la pérdida no querida de la vida del feto tiene una connotación ética, médica y lícita. Se trata de un aborto indirecto, cuyo tratamiento médico escogido es una acción con doble efecto¹⁹: uno directo, la curación de la enfermedad, y otro indirecto, la pérdida del feto.²⁰ No se busca la consecuencia negativa: la muerte del feto.²¹ Este muere como efecto no querido de la realización de una terapia dirigida a salvaguardar, también, la vida de la madre, por ejemplo la extirpación de un tumor uterino.²² Aquí se respeta la implicancia ética por excelencia: el reconocimiento del embrión como una persona merecedora del respeto por su vida, pese a sus limitaciones fisiológicas.²³

2.1.2. El aborto terapéutico según la bioética principialista

La bioética principialista emplea, para la valoración de la actuación médica, la casuística de situaciones similares al caso de análisis y su base es el consenso. Su metodología se distingue según la persona o personas que se encuentren implicadas, empleándose el

cit. pág. 146, expone su comprensión sobre lo que implica una terapia: "... actividades, maniobras, procedimientos, comúnmente manuales, instrumentales u orales, con los cuales se intenta aliviar, reparar, curar o rehabilitar una enfermedad psicofísica, orgánica o funcional, o mejorar el aspecto estético de una persona". Asimismo, LÓPEZ, Natalia. "¿Cómo cambia un aborto el cerebro?", en *Cuadernos de Bioética*. 2012, Número 23, pág. 572. Al analizar las consecuencias de un aborto en la mujer, explica sobre una alteración psiquiátrica verificable en las mujeres que han abortado, denominada "estrés postraumático". La cual afecta peligrosamente a la salud emocional de la mujer, incrementando su propensión al suicidio. Concluye que un aborto nunca será una medida terapéutica para la mujer. En otras palabras, con la muerte intencionada del feto, la madre no recuperará la salud, sino que podría sufrir el trastorno en mención.

¹⁷ PÉREZ SOBA, Juan José. "El bien de la vida y el bien de la salud: el deber de preservarlos" en *Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas*. Pontificia Academia Pro Vita, Madrid, 2009, pág. 99.

¹⁸ SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética*, Tomo I, 4ta ed. Biblioteca de autores cristianos, Madrid, 2007, pág. 571.

¹⁹ La misma que tiene como base que el objeto de la decisión nunca sea el mal de nadie. En su análisis se deberá considerar:

deontologismo cuando sólo haya una persona implicada, que se verá afectada por la decisión bioética, y siguiendo el principio del utilitarismo de la regla, cuando hay dos o más personas implicadas. La decisión bioética es tomada según el consenso médico logrado en la sociedad determinada en que se presente el problema, el mismo que tiene en cuenta a la cultura y aprobación social mayoritaria (Ley) como expresión de respeto y no imposición de valores no reconocidos por la mayoría. De esta manera, según cada país, dentro del aborto terapéutico ingresan una serie de conceptos de distinta índole.²⁴

Lo dicho se encuentra reflejado en sus principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), desde los cuales analizamos el aborto terapéutico.

El principio de autonomía implica el respeto por la capacidad de la persona para autodeterminarse, por lo que se debe respetar los valores y las opciones personales de cada individuo. Si bien es cierto que este principio protege al enfermo de ser vulnerado en su dignidad por el personal de salud, su aplicación absoluta es negativa.²⁵ Dado que justifica un agravio contra su vida y su salud basándose en el respeto de la voluntad del paciente. Resultando una autonomía ilimitada, sin parámetros éticos objetivos.

El principio de beneficencia aspira a aumentar los beneficios al máximo y reducir los daños de las personas que los podrían recibir al mínimo. Sin embargo carece de un contenido claro, ya que no es unánime sobre lo que se debe considerar como "bien" para el paciente. Por este motivo, se subordina al principio de

a) que la intención que inspira esa acción sea buena, b) que el efecto inmediato observable después de la acción sea el bueno, c) que el efecto buscado sea superior o equivalente al malo, y d) que no haya otra opción o solución exenta del efecto malo. Al respecto, ver: Ídem. pág. 237. Asimismo, ver: HERRERA, Francisco José. *El derecho a la vida y el aborto*, 2da. ed. Universidad del Rosario, Santa Fe de Bogotá, 1999, págs. 250-257.

²⁰ LUCAS, Ramón. *Explícame la bioética: guía explicativa de los temas más controvertidos sobre la vida humana*. Palabra, Madrid, 2005, págs. 146 – 147.

²¹ HERRERA, Francisco José. ob. cit. págs. 250-257.

²² BESSIO, Mauricio, CHOMALÍ, Fernando, et al. ob. cit. pág. 10

²³ Ídem. pág. 10

²⁴ Tal es el caso del aborto en Cuba. Según ACOSTA, José. "La ética clínica cubana: ¿paternalismo, principalismo, personalismo o electivismo?", en *Revista Redbioética/UNESCO*. 2011, Número 3. pág. 115, este país lo considera terapéutico cuando median graves malformaciones del feto.

²⁵ SUARDÍAZ PARERAS, Jorge. "Aportes y limitaciones del principialismo en bioética", en *Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II*. 2006. Número 1, Volumen 6. pág. 2.

autonomía, ya que considera que nadie puede imponer su propio concepto de bien y es el individuo quien conoce su verdadero bien. Sin embargo, la contrapartida a la autonomía, sería un bien que proporcione beneficios para la humanidad (en sentido utilitarista), por lo que el bien del paciente podría sacrificarse válidamente, cuando con ello se consiga un mayor bienestar para otros.²⁶ Asimismo, carece de límites lo suficientemente claros sobre los riesgos que se pueden tomar.

El principio de no maleficencia fue añadido por Beauchamp y Childress, para complementar al principio de beneficencia.²⁷ Responde a los preceptos de no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni generar una discapacidad evitable.²⁸ Sin embargo, muchos de sus procedimientos implican un detrimento para la salud del paciente, y son permitidos según el beneficio esperado.²⁹ Asimismo, relativiza y actualiza lo establecido en la ética médica sobre el no hacer daño.³⁰

De este modo, la madre gestante que decida realizarse un aborto terapéutico se verá impedida de hacerlo, en el hipotético caso de que la conservación del embarazo suponga un beneficio para la sociedad, quedando así subordinada al bien de la mayoría. Lo mismo cuando decida continuar con su embarazo, su autonomía no sería considerada si con ello se perjudica a la sociedad, por ejemplo, si la atención de su salud implica costos elevados que el sistema público deba solventar. No hay una primacía absoluta de la persona, en primer lugar porque la vida prenatal no es considerada en la discusión bioética cuando entra en conflicto con la vida de la madre y, en segundo lugar, porque el respeto por la persona de dicha madre, que aparentemente busca ejercer el principio de autonomía, en su autodeterminación se supedita al bien de la mayoría.

Por último, según el principio de justicia todas las personas deberían satisfacer sus necesidades humanas básicas. Cuando se trata del aborto, dependerá del enfoque desde el cual se observe. Se puede entender que la madre es considerada como un continente del feto, cuando se mira desde los derechos del feto, o puede cuestionarse si se debe justificar un embarazo

obligatorio, cuando se busca satisfacer las necesidades de la mujer.³¹ Con lo que se vuelve a la indeterminación moral objetiva de la acción de abortar.

2.2. El aborto terapéutico según el PAT

El PAT refiere que el feto humano es un “contenido uterino” (art. 6 inc. 7), suprimiendo el carácter personal del ser humano que se encuentra en la etapa inicial de su existencia. Vulnerando la aceptada comprensión de la vida humana como el derecho fundamental por excelencia.³²

Regula la procedencia de un aborto ante la petición de la gestante (art. 6 inc. 2.2), la misma que será revisada por una Junta Médica (art. 6 inc. 2.4), que podrá aprobar o denegar el procedimiento abortivo. Negativa que puede ser revisada por una nueva Junta Médica a petición de la gestante (art. 6 inc. 3.4). La iniciativa para dicho aborto la toma la madre gestante con su petición, no bastando con la revisión de una junta de profesionales de la salud, cuando concluyan sobre la improcedencia del aborto, sino que además la gestante puede solicitar una segunda revisión, por otra Junta Médica. Con esto se puede ver la posición del PAT favorable al aborto directo, consentido y provocado.³³ Prevalciendo el principio de autonomía, de la bioética principialista, en favor de la madre gestante.

3. IMPLICANCIAS BIOÉTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO REGULADO EN EL PAT

El derecho al CI consiste en la autorización, o rechazo, del paciente de las terapias propuestas por el médico. La argumentación bioética es distinta en los modelos que venimos tratando, en las siguientes líneas analizamos el CI de la madre gestante en la dinámica de la relación médico paciente.

3.1. Consentimiento Informado según la bioética personalista

El personalismo gira en torno a los conceptos de persona y dignidad humana, ya conocidos desde la antigüedad, pero con los avances de la filosofía moderna. Atendiendo a este sentido, la naturaleza de la relación médico paciente involucra a dos agentes.

²⁶ Ídem. pág. 2.

²⁷ FERRO, María; MOLINA, Luzcarín y otro. “La bioética y sus principios”, en *Acta Odontológica Venezolana*. 2009, Número 2, Volumen 47, pág. 2.

²⁸ Ídem. pág. 2.

²⁹ FERRO, María; MOLINA, Luzcarín y otro. ob. cit. pág. 3.

³⁰ GÓMEZ, Pio. “Principios básicos de bioética”, en *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2009, Número 55, pág. 232.

³¹ ÁLVAREZ-DÍAZ, Jorge. “El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética”, en *Revista de la*

Facultad de Medicina UNAM. 2008, Volumen 51, Número 6, pág. 251.

³² CHIRINOS SOTO, Enrique y CHIRINOS SOTO, Francisco. *La Constitución: lectura y comentario*, 5ta ed. Rodhas, Perú, 2006, pág. 34.

³³ Desde el aborto que se realiza para “salvar la vida de la madre” hasta el que busca evitar el daño en su salud, sea por razones psicológicas, eugenésicas, sociales y económicas, la clara inclusión del aborto en la legislación tiene intereses de tipo político, más que médico deontológicos. Al respecto, ver: SGRECCIA, Elio. ob. cit. págs. 564 – 565.

Por un lado, está el paciente, quien es el principal responsable de su vida y su salud. Está consciente de su enfermedad y la amenaza que esta le supone para su autonomía, de sus límites e incompetencia para recuperar por su cuenta su salud o prevenir el daño que la enfermedad pudiere ocasionarle y por este motivo se dirige al otro agente: el médico. Este realiza la tarea de colaborador del paciente, haciendo uso de su preparación y experiencia médica, cuenta con la capacidad para ayudarlo. En palabras de SGRECCIA, la relación médico paciente: "... Se trata, por esto, de un pacto entre personas en el que una es la responsable principal de la iniciativa y la otra es más competente en la forma de resolver el problema...".³⁴

El consentimiento de los pacientes se da a lo largo de la relación médico paciente. Se encuentra implícito desde que la persona se presenta ante el profesional de la salud, constituyéndose en paciente. No obstante esto, existe un permanente deber del médico de proporcionar la información correspondiente a las terapias aplicables al paciente y solicitar su respectivo consentimiento explícito las veces que sea necesario.³⁵ Esto se debe a que el CI forma parte de la *lex artis* de la tarea profesional del médico.³⁶

En esta relación entran en juego la parte técnica y la parte humana del médico. La primera se refiere al conocimiento científico de la enfermedad. La parte humana espontánea se origina en el ejercicio de la profesión: la comunicación del médico con el enfermo y con sus amigos y familiares, para conocer su modo de vivir, al repercutir directamente en el estado de salud del enfermo.³⁷ Con esto se comprende al paciente y se tiene en consideración sus opiniones y decisiones, que guiadas por el consejo médico, permiten un CI adecuado, el mismo que resulta constructivo para el desarrollo ético y auto conocimiento de ambos, según BURGOS: "... el personalismo comprende y asume que el hombre se hace hombre sólo frente al hombre, se hace yo – sujeto frente al tú – sujeto, no frente al tú –

objeto".³⁸ Ambas partes tienen el deber de actuar éticamente, ejerciendo valores de fidelidad mutua, ya que son personas,³⁹ incluyendo para su actuación tanto la subjetividad de la persona, como la realidad desde la cual percibe y discierne, y no cerrarse a considerar únicamente la parte subjetiva de la persona, suprimiendo la noción de la realidad del acto en concreto.⁴⁰

El PAT regula sobre los embarazos cuya complicación puede poner en riesgo la vida o la salud de la madre gestante. Las personas implicadas son tres. Dos de ellas son pacientes, por cuyas vidas se deben desplegar los esfuerzos médicos, estos son la madre gestante y el hijo intra uterino⁴¹, por lo que se debe hablar de dos relaciones médico paciente: la que existe entre el médico y la madre gestante y la relación entre el médico y el hijo de la misma. De ello surge el deber del médico de colaborar con la recuperación de la salud de la madre y de su hijo. Siendo que el hijo no tiene la capacidad para decidir sobre las terapias que repercutirán sobre su vida y su salud, sus padres, como representantes suyos deben tomar las decisiones que le favorezcan más. El PAT no tiene en cuenta esta acotación, subsumiendo al hijo en la madre y suprimiendo los derechos del primero.

3.2. Análisis desde la bioética principialista

La comprensión del CI desde este modelo responde a los criterios en los que se basa para su decisión bioética, los mismos que orientan su relación médico paciente. Los autores desarrolladores de este modelo fueron Beauchamp y Childress, quienes aclararon en su libro que no pretendían hacer una nueva teoría moral, sino un sistema que permita dar solución a los casos concretos, válido a todas las filosofías o convicciones religiosas.⁴²

Sin embargo, un sistema carente de fundamentación filosófica y antropológica, áreas del conocimiento que estudian directamente la valoración de las acciones

³⁴ Ídem. pág. 279.

³⁵ SGRECCIA, Elio. ob. cit. pág. 223.

³⁶ GONORAZKY, Sergio. "Los principios éticos universales y su aplicación a los ensayos clínicos de medicamentos", en *Revista Patagónica de Bioética*. Año 1, 2015, Número 2, pág. 1.

³⁷ PARDO, Antonio y ECHARTE, Luis. "La formalización del consentimiento informado en investigación y la pérdida sentimental del paciente", en *Persona y Bioética*. 2015, Número 2, Volumen 19, págs. 200-201.

³⁸ BURGOS, Juan Manuel. "¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos", en *Cuadernos de Bioética*. 2013, Volumen 24, Número 1, pág. 24.

³⁹ PARDO, Antonio y ECHARTE, Luis. ob. cit. pág. 208.

⁴⁰ PARDO, Antonio. *La ética de la bioética: valores, principios y normas*, 2012 (ubicado 11/12/2015). Obtenido en: www.unav.es/humbiomedicas/apardo/eticabioetica.pdf, pág. 4.

⁴¹ BESIO, Mauricio. "La mujer gestante y su hijo. El médico frente al llamado aborto terapéutico" en *Aborto y anticoncepción de emergencia: aspectos antropológicos, éticos y jurídicos*. EDILOJA, Ecuador, 2013, págs. 53 – 55. Cabe acotar que el art. III del Título Preliminar de la Ley General de Salud. Ley N° 26842. Perú, 1997. Reconoce que el concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud.

⁴² REQUENA, Pablo. *El principialismo y la casuística como modelos de la bioética clínica*. Tesis para optar el grado de Doctor, Pontificia Universidad de la Santa Cruz, Roma, 2005, pág. 46.

humanas y reconocen los aspectos de la vida moral aplicables a todas las personas,⁴³ puede decaer en un sistema impositivo sujeto a la voluntad de unos pocos. Advirtiendo esto, autores como PENCHASZADEH han sostenido que la bioética principialista es "...contemporizadora con el mercantilismo del complejo médico-industrial financiero y su sistema económico depredador y violatorio de los derechos humanos. Esta bioética convalida por omisión el orden imperante y opera como instrumento de dominación cultural sobre las poblaciones de países periféricos..."⁴⁴, Por su parte, FEITO, sostiene que "...en el caso de un conflicto serán las circunstancias las que deban decidir en cada caso, pudiendo haber desacuerdo en la definición de lo que resulte correcto en cada ocasión...".⁴⁵ En consecuencia, este modelo de bioética no se detiene a analizar la clasificación del acto ético, llegando a comprenderlo, a lo mucho, desde la intencionalidad del agente que actúa.⁴⁶

Por otra parte, el trasfondo de la visión principialista de la relación médico paciente pasa por comprender al hombre como un ser eminentemente egoísta, razón por la cual hace falta una norma que controle sus excesos. Ya sea para que no sea muerto por otro hombre (Hobbes), poder gozar de las comodidades de la vida a través de la relación comercial (Locke), o para tener la libertad de vivir conforme con nuestros impulsos (Rousseau), para evitar el engaño y regular las relaciones sociales, que no son comprendidas como emergentes de nuestra naturaleza humana, sino como un concierto interesado en el bienestar individual que llevará de modo indirecto a un bienestar social. Desde este enfoque, el CI debería desarrollarse en una relación médico paciente de carácter mercantil en la que el paciente se encuentra interesado en recuperar su salud y el médico en recibir una retribución económica por sus servicios profesionales. De ahí se entiende la gama de alternativas de tratamiento que el médico se encuentra obligado de informar al paciente, a modo que este pueda escoger el de su preferencia.⁴⁷

El PAT no reconoce como paciente a la mujer embarazada desde el inicio de la relación con su médico, sino que la denomina como "gestante". Sólo empieza a mencionársele como tal a partir de la solicitud que realiza para un aborto (art. 6 inc. 3.2, art.

6, inc. 8; art. 6 inc. 9). Asimismo, se le vuelve a tratar como "gestante" cuando decide revocar su consentimiento (art. 6 inc. 6, párrafo 5). Ya que una gestante no necesariamente será una paciente, pero sí hay casos en los que la paciente es una mujer que se encuentra en un periodo de gestación, el término "gestante" resulta impreciso, al momento de verla como la destinataria de todos los derechos que le corresponderían si fuese observada como una paciente. El PAT reduce sus derechos sanitarios al momento en que la mujer solicita el aborto, siendo aún con el aspecto contractual de este modelo de bioética. Con esto, la mujer que asumiera los riesgos gestacionales derivados de su decisión de continuar con su embarazo quedaría desprotegida.

4. LEGISLACIÓN SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EJECUCIÓN DE UN ABORTO TERAPÉUTICO

En las siguientes líneas, analizamos el CI para la realización de un aborto terapéutico según la redacción del PAT, en conjunto con la legislación nacional que regula dicho derecho, a fin de conocer su grado de coherencia normativa.

4.1. Derecho de la madre gestante a la información según el PAT

4.1.1. Contenidos específicos de información

La información que recibirá la madre gestante se encuentra señalada en dos partes de la redacción del PAT. Primero se encuentra como una indicación para el médico tratante, dentro de los procedimientos administrativos asistenciales: la de informar a la gestante cuando el embarazo ponga en riesgo su vida o causa en su salud un mal grave y permanente (art. 6 inc. 2.1). Según la primera parte, los aspectos que se informarán a la madre gestante son:

- El diagnóstico.
- El pronóstico.
- Los riesgos graves para su vida o su salud.
- Los procedimientos terapéuticos que correspondan.

Después de esto, el PAT consigna la información en el apartado específico sobre el CI (art. 6.6). Considera que la entrega de información constituye un deber para el

⁴³ MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro. ob. cit. págs. 20 – 33.

⁴⁴ PENCHASZADEH, Víctor. "Perspectivas de la bioética en Latinoamérica y el caribe", en *Revista Patagónica de Bioética*. 2015, Número 2, pág. 70.

⁴⁵ FEITO GRANDE, L. "Fundamentos de bioética, de Diego Gracia", en *Bioética y debat*. 2011, Número 17. pág. 230. Hace mención a la *teoría ética compuesta* propuesta por Beauchamp y Childress, que le dé una fuerza a los principios, sí, pero limitada.

⁴⁶ REQUENA, Pablo. ob. cit. págs. 132-140.

⁴⁷ PARDO, Antonio y ECHARTE, Luis. ob. cit. págs. 202-203. Asimismo, ver: BERNAR BORDA, Andrés. *Valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico-paciente*. Tesis para optar el grado de Doctor, Pontificia Universidad de la Santa Cruz, Roma, 2000, pág. 79.

médico que realizará el aborto terapéutico. Por esto, debe comunicar a la mujer, o a su representante legal, de una manera completa y detallada, la siguiente información sobre:

- El diagnóstico.
- El procedimiento abortivo.
- Los riesgos en el caso de someterse o no someterse a dicho procedimiento.
- El pronóstico para ambos casos.
- Las alternativas del procedimiento a las que hubiere lugar.
- Toda la información relevante para la toma de una decisión libre y razonada.

En esta parte el PAT sólo indica los aspectos sobre los cuales la mujer ha de ser informada, omitiendo la exposición detallada de cada uno de ellos. Estas indicaciones informativas ya se encuentran reguladas, de manera más completa, en la Ley N° 29414, que modificó el art. 15 de la Ley General de Salud (LGS)⁴⁸, y su respectivo Reglamento.⁴⁹ Al ser una Guía Técnica, documento normativo del MINSA,⁵⁰ debería contener la información de cada uno de los aspectos relevantes para el tratamiento de la mujer gestante, desde antes, durante y después de su decisión; tanto de realizarse un aborto denominado terapéutico como de optar por continuar con su embarazo, asumiendo los riesgos posibles. Dada la regulación prohibitiva del aborto en nuestro país, la acotación sobre todo el proceso de atención de la madre gestante resulta indispensable. El PAT debería marcar los límites legales y éticos de esta práctica, el CI de la mujer se encuentra sujeto a su regulación, ya que si estuviese prohibido, dicho CI no tendría lugar. En esta medida, la indicación sobre los aspectos que el médico debe informar a la mujer, antes mencionados, deberán materializarse en la redacción de todo el documento que venimos tratando como PAT; y no mostrar dichas omisiones. A continuación, evaluamos dichas indicaciones informativas.

⁴⁸ Ley General de Salud. Ley N° 26842. Perú, 1997.

⁴⁹ Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud. Ley N° 29414. Perú, 2009. Art. 15 inc. 2.f. Asimismo, el Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud. Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Perú, 2015. Art. 15. Esta Ley regula que toda persona tiene derecho a recibir la información sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren; así como la información de sus necesidades de atención.

⁵⁰ Después de revisar otros documentos normativos de esta índole (Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del

a. Sobre el objeto de la información

Al tratarse de una situación compleja que compromete a dos vidas humanas, la de la mujer y la de su hijo, resulta indispensable que aclaremos sobre quién versa la información antes expuesta: si es sobre la enfermedad de la mujer, o sobre el peligro que ocasiona el embarazo. El PAT hace mención al contenido de la información que se entregará, pero omite el que esta deba referirse a la enfermedad, antes bien, se enfoca en la información para someterse o no al “procedimiento” abortivo (art. 6 inc. 6), o aquella referida al embarazo riesgoso (art. 6 inc. 2), privando a la mujer gestante de la información completa sobre su actual estado de salud y promoviendo que esta se incline por el aborto. Por esto, el PAT contradice a la Ley Ley N° 29414, y su Reglamento, antes citada, que establece claramente el derecho de toda persona a ser informada sobre su enfermedad, causa por la que se interviene en perjuicio de la vida intra uterina. Por estos motivos, podemos advertir un primer sesgo informativo para el CI según el PAT.

b. Información sobre el diagnóstico

Habiendo visto que la única información que recibe la mujer gestante versa sobre el procedimiento abortivo, el diagnóstico versa sobre las entidades clínicas, por cuya presencia se permite el aborto por razones terapéuticas. El art. 6.1. del PAT divide a dichas entidades en dos grupos: el primero consiste en una lista de 10 causales, y el segundo grupo que consiste en “cualquier otra patología materna”, con lo cual incluye a diversas circunstancias médicas, sin nombrarlas y bastando la presencia de un riesgo para la vida de la gestante, o que la patología genere en su salud un mal “grave y permanente”. Al no definir dicho mal, a fin de evaluar la procedencia o no de un aborto terapéutico, no establece, ningún límite objetivo para la consideración de la práctica abortiva. Pudiendo ocurrir que el médico le recomiende a la mujer un aborto bajo

Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA. Perú, 2011; Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. Resolución Ministerial N° 298-2011/MINSA. Perú, 2011; Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Perú, 2010), podemos ver que una de sus características consiste en ser detalladas, por lo que deben especificar sus procesos, teniendo en cuenta: definiciones operativas, conceptos básicos, enumeración y descripción de sus procesos, así como las conclusiones y recomendaciones sobre la utilidad de su empleo.

consideraciones subjetivas, cuyo mal sea tolerable, y esta acceda por no saberlo. Asimismo, con esto abre la posibilidad de la ejecución de abortos injustificados terapéuticamente.

En cuanto al primer grupo, el PAT sólo proporciona los términos médicos de cada una de las entidades clínicas, sin acotar ningún tipo de descripción, ni especificación relevante para la mujer, de cada una de dichas entidades, lo cual le impide la comprensión de su problema de salud.

c. Información sobre el procedimiento abortivo

El contenido sobre la información del procedimiento abortivo que se le debería informar detalladamente a la madre gestante antes de proporcionar su CI se encuentra en tres apartados del PAT. En el primero, regula que el médico ejecutante del aborto deberá realizarle previamente un procedimiento de evaluación (art. 6.4). Este incluye:

- Anamnesis: implica la revisión de su historia clínica.
- Examen clínico: consistente en el control de las funciones vitales, exámenes del aparato respiratorio y cardiovascular, del abdomen, ginecológico, con uso del espéculo, y de tacto vaginal.
- Exámenes auxiliares: que incluyen las pruebas serológicas, para la detección de las enfermedades de transmisión sexual sífilis y VIH; y otros exámenes para el diagnóstico de enfermedades concomitantes.
- La aplicación de inmunoglobulina Anti-RH.

Si bien estas evaluaciones no supondrían riesgo biológico para la mujer, debería informársele, a fin de que cuente con una disposición adecuada en cada una momento. Dado que este conjunto de pruebas implican una invasión de la paciente, y su desconocimiento la podría incomodar más de lo debido.

En un segundo apartado, el PAT contiene los procedimientos del momento exacto del aborto (art. 6.7). En esta parte menciona dos métodos, cuya realización depende del tiempo de gestación:

- Métodos hasta las 12 semanas de gestación: la aspiración manual endouterina, o el uso de misoprostol.
- Método entre las 13 y 22 semanas de gestación: tiene en cuenta el uso del misoprostol y después de la expulsión del niño, el legrado uterino.

Un tercer apartado contiene información sobre los cuidados de la mujer posteriores al aborto terapéutico (art. 6.8.):

- El médico tratante debe proporcionarle las instrucciones muy claras sobre los cuidados necesarios.

- La paciente debe conocer que después del aborto habrá sangrado y eventualmente dolor.
- Observamos que esta información es bastante reducida y que, además, no es posible determinar si la mujer gestante conocía sobre el procedimiento que le correspondería antes de brindar su CI.

d. Otros contenidos informativos

Según lo hemos expuesto anteriormente, el PAT regula sobre la información que se le debe proporcionar a la madre gestante para el CI. Este ítem es una continuación de la lista que venimos desarrollando. Debido a que ninguno de los siguientes aspectos informativos se encuentra nombrado, ni detallado en el PAT, los hemos agrupado en esta parte.

- Información sobre los riesgos del procedimiento abortivo en el PAT: pese a que regula que la mujer debe conocer sobre los riesgos tanto en el caso de someterse al aborto, como en el caso de no someterse al mismo, únicamente hace mención a la eventual presencia del dolor después del aborto, que cederá con la ingesta de analgésicos (art. 6.8.). Lamentablemente, no contiene ningún apartado que incluya los riesgos y los detalle. Esta omisión impide que la mujer se interese por otras alternativas al aborto, ya que este es presentado como eficaz, sencillo y libre de riesgos importantes para su vida y su salud, lo cual es cuestionable científicamente.
- Información sobre el pronóstico en el PAT: la madre gestante debería conocer previamente a la entrega de su CI la evolución de su estado de salud; tanto de la ejecución del aborto, como de la negativa de hacerlo. Al no ser incluido en este documento, también ocurre un sesgo informativo para la mujer.
- Información sobre las alternativas del procedimiento abortivo en el PAT: este documento normativo presenta al aborto terapéutico como una alternativa y regula que la mujer gestante debe conocerla previamente a la entrega de su CI (art. 6.1), sin embargo, en ninguna parte menciona, ni mucho menos detalla, a otras alternativas, situación que hace del aborto la única opción para la mujer, lo cual no es verdadero.

4.1.2. Información contenida en los formularios de Consentimiento Informado

Los formularios de CI que el PAT anexa también deben ser analizados. Por una parte, porque este documento escrito tiene carácter legal, la madre gestante que los firma proporciona su CI, para que se le practique un

aborto terapéutico. Por otra parte, registra información escrita relevante para dicha madre.

En el primer formulario que el PAT anexa manifiesta el CI y la autorización del aborto. No puede entenderse como un modelo base al cual se le deba adaptar con la información que la paciente necesite tener, pues al igual que los otros anexos, no contiene espacios para la información referente a su estado clínico y los derechos que se deben informar en cada caso concreto. Simplemente contiene un espacio libre de una línea para nombrar la entidad clínica por la cual se aborta. A una observación directa, es un formato acabado que sólo debe llenarse con la firma de la mujer, el nombre de la entidad clínica diagnosticada (enumeradas en el art. 6 inc. 1), la fecha, la firma y huella dactilar de la usuaria, el sello y la firma de la persona que brinda la orientación y consejería, y el nombre, firma y sello del médico tratante, quien declara procedente el aborto.

Asimismo, requiere de la firma o el sello del médico tratante, quien verifica el CI y declara la procedente el aborto terapéutico. Esto es insuficiente para aclarar la responsabilidad de los involucrados, dado que no figura el médico designado para realizarlo. Este último también tiene la indicación de informar a la mujer y hacerle firmar el formulario de CI.⁵¹

El formulario en mención, contiene una breve declaración de la madre gestante. Estando, los aspectos más importantes, referidos al riesgo para su vida generado por su embarazo y el mal grave y permanente que le causará a su salud, no como riesgo, sino como certeza, lo cual no se puede aseverar médicamente. Asimismo, que los inconvenientes, riesgos y beneficios asociados al aborto le han sido explicados, no obstante, la nula información escrita en el formulario no le ofrece garantías informativas previas a su CI.

Por su parte, el formulario destinado para los casos de entrega del CI por representación, que ha de consignar la firma del representante de la mujer gestante que sea incapaz, tiene un tenor similar.

El anexo 3 contiene el formulario para la revocatoria, de la paciente o su representante, del CI y autorización del procedimiento. Este anexo, tampoco contiene la información escrita y detallada sobre el riesgo de la revocatoria de la decisión de abortar para la vida o la salud de la madre gestante.⁵²

4.1.3. Fases de la comunicación y acceso a la información

Ya que la información es un presupuesto indispensable para la entrega del CI de los pacientes, la madre gestante debería poder contar con toda la información relevante en el momento oportuno: antes de tomar alguna decisión sobre proceder con el aborto por razones terapéuticas o no. Asimismo, dicha información debe ser proporcionada por los profesionales que asumirán la responsabilidad ante cualquier eventualidad, quienes firman el CI de la gestante, a fin de que la mujer pueda efectuar sus reclamos en el caso de que se incumpla con el respeto de su derecho al CI. En esta parte, analizamos el momento de la entrega de la información y los profesionales que intervienen en dicha entrega.

a. El momento de la entrega de la información

La indicación de proporcionar la información a la madre gestante se encuentra programada para dos momentos en el PAT. El primer momento ocurre después de la primera revisión que el médico tratante le realiza a la mujer gestante. Dicho médico le proporciona el primer diagnóstico sobre el estado de su embarazo y el riesgo que este implica para su vida, o el mal grave y permanente que causa sobre su salud. También recibe la información sobre los procedimientos que correspondan,⁵³ después de lo cual la mujer puede solicitarle a su médico tratante que se le practique un aborto por razones terapéuticas.

El segundo momento de entrega de información se da después de la designación del médico designado para realizar el aborto, distinto del médico tratante. El PAT contiene un apartado que trata expresamente sobre el CI (art. 6.6, primer párrafo). En donde establece el deber de información del médico designado, el mismo que “debe asegurarse que la gestante, o en su caso, su representante legal, con ayuda del citado profesional, complete y firme el formulario preestablecido para el consentimiento informado y autorización del procedimiento” (art. 6.6, segundo párrafo).

La madre gestante tiene clara su decisión de abortar desde que le solicita a su médico tratante la realización de un aborto, después de la atención en el primer momento, requeriría de más tiempo, así como de más información para tomar una decisión. Sin embargo, el PAT sólo establece un tiempo máximo de 24 horas para la programación y uno de 06 días para la ejecución del aborto desde que se obtiene el CI de la mujer (art. 6.2.5), no contemplando un tiempo mínimo que

⁵¹ Conforme al art. 6 inc. 6, primer y segundo párrafo.

⁵² Sólo contiene la siguiente declaración: “... que he recibido información y comprendido lo siguiente: Mi embarazo actual (o el de mi representada) pone en serio riesgo mi (su) vida, o causará un mal grave y permanente en mi (su) salud.

⁵³ Faltando información importante, que recibe después de tomar optar por el aborto: los riesgos en el caso de someterse al aborto, su pronóstico, tampoco las alternativas al aborto a las que hubiere lugar, y toda la información relevante para la toma de una decisión libre y razonada (art. 6 inc. 6).

garantice el proceso de recepción y comprensión de la información de la paciente, lo cual da lugar a eventuales vulneraciones del proceso de toma de CI, ya que pueden ser objeto de persuasiones por parte del médico tratante para agilizar su trabajo y desempeño.

Lo correcto habría sido que el PAT regulase la entrega de toda la información desde el primer momento, antes de la presentación de la solicitud, a fin de que la madre cuente con todas las herramientas necesarias para consentir o no libremente un aborto. Igualmente, la mujer ya ha tomado la decisión antes de ser atendida en el segundo momento y ya ha brindado su CI, lo que demuestra que el segundo momento consiste en un procedimiento de mero trámite administrativo, que no cumple con la normativa correspondiente al CI.

b. Entrega de información y la responsabilidad del médico en el PAT

En los momentos de la entrega de la información previa al CI regulados por el PAT intervienen expresamente dos médicos: el tratante y el designado para la ejecución del aborto. Sin embargo, hemos advertido que en los formularios que anexa el PAT figuran dos personas: el médico tratante y la persona que brinda la orientación y consejería, quienes imprimen su firma y sello, asumiendo la responsabilidad correspondiente.

No figura en dicho formulario el médico designado después. Lo contradictorio es que, como hemos visto en apartados anteriores, el PAT regula el deber de información previa al CI en la persona del médico designado para el aborto, no así para el médico tratante. La información que proporciona este último es menor e incompleta para la toma de una decisión libre, lo que no ocurre, al menos formalmente, con la información debida que proporciona el médico designado. Según esta dinámica, el médico tratante, que es quien firma el CI, sólo responderá por la información que se le ha indicado proporcionar a la paciente, en un primer momento de la atención, que no se encuentra como un deber propiamente dicho y, como ya lo hemos dicho, es insuficiente, no pudiéndosele exigir la información que debería haber proporcionado el médico que realiza el aborto. Este último, tiene el deber de proporcionar más información, pero no firma el formulario de CI, por lo que no asume la responsabilidad por su entrega insuficiente o nula. Esta dinámica vulnera el derecho al CI de la madre gestante, quien ante algún reclamo por la falta de información debida, que de haberla recibido no habría consentido el aborto, no podrá exigirle al médico obligado a proporcionársela ninguna clase de responsabilidad.

c. Servicio de información y orientación o consejería

La información y orientación o consejería que recibe la mujer debería ser un apoyo para la misma, a fin de colaborar con ella para la toma de decisiones libres e informadas. El PAT trata sobre la orientación y consejería que debe recibir la paciente en todo momento (art. 6 inc. 5). No obstante, delimita el momento de dicha orientación “desde que se decide la intervención hasta después de realizada, a cargo del personal profesional capacitado” (art. 6 inc. 5). No regula que deba darse antes de la toma de la decisión, por lo que los profesionales no emplearán sus conocimientos y capacitación para informarle a la madre gestante sobre su condición de salud y las consecuencias de optar por el aborto, como de continuar con su embarazo antes de su toma de decisión. Asimismo, destacamos que la firma y el sello de la persona que brinda dicha orientación es requerida en el formulario de CI de la madre gestante, algo que es inadecuado, ya que la mujer no recibe la información de algún profesional encargado, este cumple su deber con la mujer recién a partir de la decisión de proceder con el aborto (art. 6 inc. 5), y no antes. Con esto, el PAT se contradice directamente, no siendo cierto que la paciente recibe una consejería en todo momento.

4.2. Entrega del Consentimiento Informado para la realización de un aborto terapéutico

El CI se encuentra regulado con rango de ley en el art. 4 de la LGS, con el siguiente tenor: “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo”. Asimismo, se encuentra en el art. 27 del Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud: “para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado”. Con la salvedad de que la “La firma del Consentimiento Informado no exime de responsabilidad a los profesionales de la salud... frente a eventos de mala praxis que pudieran producirse en desmedro de la salud de las personas usuarias” (art. 24). En las líneas sucesivas analizamos la normativa específica aplicable al CI en lo referente a: la manifestación de la voluntad de la madre gestante y la valoración jurídica del formulario de CI para la realización de un aborto por razones terapéuticas.

4.2.1. Sobre la voluntad de la madre gestante

a. Manifestación de la voluntad de la madre gestante

El art. 15 inc.4.a de la Ley N° 29414⁵⁴ modifica el art. 15 de la LGS, incluyendo expresamente el derecho de toda persona “a otorgar su CI, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud...” La manifestación de la voluntad de la madre gestante debe ser libre. Esto abarca la decisión de iniciar un tratamiento, optar por uno de todos los que se les informe como disponibles, o el de negarse a recibir algún tratamiento, dentro de los límites que establece la Ley, teniendo derecho a los cuidados paliativos disponibles para su enfermedad.⁵⁵

b. Defectos de información y vicios del consentimiento

La manifestación de la voluntad puede verse viciada por el error, el dolo, la violencia o la intimidación al momento de proporcionarla, dichos vicios pueden generar la anulación del acto jurídico⁵⁶, lo cual genera que pierda su eficacia y, por lo tanto, no haya obligación para las partes comprometidas.

La teoría del CI contempla tres situaciones que vician el consentimiento: la persuasión, la coacción y la manipulación, ya que impiden que el paciente pueda manifestar su voluntad libremente, para consentir sobre las terapias que se le propongan.⁵⁷ El art. 23 del Reglamento de la Ley N° 29414, es coherente con esta doctrina, ya que no admite ningún mecanismo que distorsione o vicie la voluntad del paciente y regula que “ello se constituirá en circunstancia que acarrea la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud”.

El Código Civil (CC) establece que la omisión (art. 212) de la entrega de dicha información puede darse por un dolo causante, cuando “el engaño usado por una de las partes haya sido tal que sin él la otra parte no hubiera celebrado el acto” (art. 210), o por dolo incidental, cuando el engaño no haya determinado la voluntad del acto (art. 211). La falta de información que permite el PAT es de carácter importante, ya que sólo considera, parcialmente, aquella referida al acto abortivo, presentándose a la madre gestante como una acción indispensable para salvar su vida, o evitar en su salud un

mal grave y permanente. Al omitir referirse a la enfermedad de la mujer gestante, a las alternativas con las que podría contar, y a los riesgos de optar por el aborto, o de continuar con el embarazo, la mujer no tiene garantías informativas para recibir todos los datos y tomar una decisión libre. Estas omisiones afectan en la toma de decisión de la mujer, por lo que ante esta circunstancia, nos encontraríamos ante el dolo de tipo “causante”.

Por otra parte, la mujer también podría ver viciado su CI por la existencia de un **error**, el mismo que se da cuando las partes del acto jurídico consideran como verdadero lo que es falso, o como falso lo que es verdadero, y es distinguible de la ignorancia, debido a que esta se caracteriza por la falta de conocimiento y no por la deformidad de la realidad.⁵⁸ En el caso del aborto terapéutico, dicho error se presenta cuando el médico sólo entrega la información normada por el PAT, considerando que este limita su responsabilidad informativa para con la mujer. Debido a que el médico puede darse cuenta del deber de información plena que tiene para con la mujer, ya que forma parte de la práctica del CI, cotidiana para los diversos procedimientos clínicos que debe llevar a cabo como parte de la *lex artis* de su profesión, nos encontramos ante un error **conocible** (art. 203 CC). Asimismo, al ser un error que “recae sobre la propia esencia o una cualidad del objeto del acto”, es determinante de la voluntad (art. 202 CC), la falta de información completa previa al CI, constituye un **error esencial**. Ya que, por ejemplo, la mujer que hubiese contado con la información oportuna sobre las alternativas terapéuticas que tiene al aborto, no consentiría en la eliminación de su hijo de una manera directa.

c. Defectos de información y responsabilidad civil

La anulación del acto jurídico por dolo o por error opera con efectos retroactivos al momento de su celebración (art. 222), lo que implica la devolución de las prestaciones (por ej. de la cosa y del dinero en el caso de una compraventa). Esto no es posible para el caso de la madre gestante que proporcionara su CI y se realizara un aborto sin haber recibido la información completa y que, después del mismo, tomara conocimiento de la

⁵⁴ Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley N° 29414. Perú, 2009.

⁵⁵ Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Perú, 2015. En su art. 23 regula el derecho al respeto del proceso natural de la muerte del enfermo terminal y expresa la posibilidad de sufrir las acciones punibles del Código Penal ante la acción u omisión contraria a dicho respeto.

⁵⁶ Código Civil. D. Leg. 295. Perú, 1984. Arts. 201 – 216.

⁵⁷ PÉREZ DÁVILA, Belú Fiorella. *Implicancias ético legislativas del Consentimiento Informado en la redacción del Protocolo de Aborto Terapéutico para la madre gestante*. Tesis para optar el grado de Maestro en Persona, Matrimonio y Familia, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lima, 2017, págs. 45-47.

⁵⁸ FLORES POLO, Pedro. *Diccionario jurídico fundamental*, 2da ed. Grijley, Lima, 2002, pág. 309.

falta de dicha información, ya que la vida de su hijo es imposible de restituir. Por esto, resulta importante hablar de la responsabilidad del médico que omite proporcionar la información debida.

El CC establece que el profesional sólo responde por los daños y perjuicios generados durante la prestación de sus servicios ocasionados mediante el dolo o la culpa inexcusable, cuando la realización del servicio requiera la solución de problemas de especial dificultad (art. 1762). Dicho profesional, tendría la obligación de indemnizar por daños y perjuicios, debido a su omisión de cumplir con sus obligaciones por dolo, o culpa inexcusable (art. 1321). En este sentido, la mujer tendría derecho a solicitar una indemnización sólo en los casos en que el médico omite brindar la información mediando el dolo, no así el error, del que hemos hablado antes, por ser de aplicación el art. 207 CC, que establece la improcedencia de la indemnización ante la anulación del acto jurídico por error.

El PAT orienta al profesional de la salud hacia la **culpa inexcusable** en el momento de la entrega de la información, quien debería considerar al CI como parte de la *lex artis* de su profesión. Así, al no ejecutar la obligación de brindar dicha información cometería una negligencia grave (art. 1319 CC), que le permitiría a la mujer afectada exigir una indemnización a causa de un daño emergente (art. 1321 CC) y daño moral (art. 1322 CC), según sea el caso.

d. Excepciones al Consentimiento Informado

La regulación sobre el CI contempla tres supuestos excepcionales en los cuales se prescinde del CI de los pacientes. Según la Ley N° 29414, se aplican: cuando el paciente se encuentre en estado de emergencia, cuando haya riesgo para la salud de terceros, cuando el riesgo verse sobre la salud pública (art. 15 inc. 4.1.a).

En el caso del aborto terapéutico sólo opera la excepción por razón del estado de emergencia. El PAT regula este aspecto, identificando la emergencia cuando corra un riesgo “evidente e inminente la vida de la gestante” (art. 8 inc. 1). Así, dicho riesgo debe ser incuestionable y con la predicción de que sucederá de inmediato. Por lo que si no se actúa pronto, se perdería la vida de la madre gestante. Por esto, PAT determina que le “corresponde al Jefe de Guardia de Emergencia constituir y convocar de inmediato, bajo responsabilidad, a una Junta Médica y tomar las acciones necesarias para resolver la situación en su guardia –de ser posible- con la prontitud y celeridad del

caso, que evite la muerte de la gestante, o genere en su salud un mal grave o permanente” (art. 8 inc. 1, PAT). Lo que implica el salto del procedimiento de toma de CI, puesto que este requiere de más tiempo para proporcionarle a la mujer, o a su representante legal, toda la información necesaria que hemos venido tratando, tiempo con el que en estas circunstancias no se cuenta.

4.2.2. Valoración jurídica del formulario de Consentimiento Informado

Teniendo en cuenta que la forma mediante la cual se realiza el acto jurídico es uno de sus requisitos de su validez “bajo sanción de nulidad” (art. 140 inc. 4 CC). En esta parte, nos proponemos determinar si el formulario de CI que debe la madre gestante constituye un requisito de validez del mismo, o si es un medio de prueba.

a. Valor jurídico del formulario de Consentimiento Informado

Para que una forma sea considerada de cumplimiento obligatorio, no basta con la indicación de una forma determinada por la Ley, muchas veces escrita, sino que dicha Ley también debe indicar la sanción de nulidad. Cuando la Ley no impone la sanción de nulidad, la pérdida o destrucción del documento permite la prueba del acto a través de otro medio probatorio,⁵⁹ ya que tiene una función procesal y no sustantiva, por ser un medio probatorio y no un elemento necesario para la validez del acto.⁶⁰

En concordancia con el art. 27 LGS, la Ley N° 29414, que modifica el art. 15 de la LGS sobre los aspectos específicos de la información previa y el CI de los pacientes, regula que este debe realizarse bajo la forma escrita y en un documento oficial que permita ver el proceso de información y decisión, con la firma del paciente, o, si no supiese hacerla, con su huella digital (art. 15 inc. 4.a.2) para los casos siguientes casos: a) intervenciones quirúrgicas, b) anticoncepción quirúrgica, c) procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona. De la misma forma se encuentra regulado en el art 23 de su Reglamento, y establece la obligatoriedad para las situaciones antes mencionadas. Pese a que establece la forma escrita, la Ley no consigna en su redacción la sanción de nulidad, por lo que podemos concluir que la forma establecida para el CI en el Perú es un medio probatorio y no un elemento constitutivo del mismo.

⁵⁹ CORTEZ PÉREZ, César Daniel. *La forma del acto jurídico en el Código Civil peruano de 1984*, s.a (ubicado el 19/10/2017). Obtenido en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet->

LaFormaDelActoJuridicoEnElCodigoCivilPeruanoDe1984-4133684.pdf, pág. 213.

⁶⁰ Ídem. págs. 212-213.

El aborto terapéutico está inmerso en las circunstancias que obligan a la entrega de un CI escrito. Dado que consiste en una intervención invasiva, ya sea mediante la aspiración manual endouterina, el uso de misoprostol, o el legrado uterino (art. 6 inc. 7 PAT), con consecuencias relevantes para la salud de la madre gestante, y la persona en formación intra uterina, el CI para su realización ha de ser explícito y bajo la forma escrita. Por este motivo, el PAT contiene un apartado específico sobre el CI de la madre gestante (art. 6 inc. 6), en donde se puntualiza sobre la firma del formulario preestablecido para el CI y la autorización del procedimiento. En este sentido, el PAT está en coherencia con la Ley antes mencionada.

No obstante ello, la Ley también regula que el formulario debe permitir ver el proceso de información y decisión, cuestión que no se encuentra detallada por el PAT en su formulario; razón por la cual, el PAT contraviene la Ley.

b. El formulario y la carga de la prueba

Como en el PAT, los formularios genéricos, no personalizados y cuya información es incompleta, no contienen los requisitos indispensables para el CI y terminan siendo declaraciones de exclusión de responsabilidad del profesional. Razón por la cual no constituyen una prueba absoluta de una decisión libre y consciente, son, por tanto, susceptibles de ser revisados judicialmente e, incluso desestimados como prueba.⁶¹

De otro lado, dicho formulario prueba que no se proporcionó la información escrita, ya que esta no figura, no obstante, por sí mismo no llega a probar la omisión de la explicación médica verbal y completa a la mujer. Recordando que el CI es un proceso, no se podría desestimar la diligencia del médico durante el trato personal, que de haber existido, se podría afirmar que hubo un CI válido para el aborto terapéutico.

Por esto, es preciso determinar la persona sobre la cual recae el deber de probar. Según el art. 1330 CC: “La prueba del dolo o de la culpa inexcusable corresponde al perjudicado por la inejecución de la obligación, o por su cumplimiento parcial, tardío o defectuoso”. Por esto, la mujer que aborta por razones terapéuticas guiada por una información insuficiente, debe probar el dolo o la culpa del médico al no informarle debidamente. Esto le genera una desventaja, toda vez que es el médico y la institución para la cual este labora profesionalmente

quienes tienen la historia clínica de la paciente, por lo que poseen más herramientas de prueba,⁶² generando una suerte de prueba diabólica.⁶³

Conclusiones

El aborto terapéutico regulado en el Protocolo de Aborto Terapéutico tiene una orientación bioética principialista. De su redacción se evidencia la aplicación del principio de “autonomía” de la madre gestante, por encima de la vida de su hijo en desarrollo. Dicho principio está subordinado al principio de “beneficencia”, sólo cuando la justificación radica en conseguir la mayor ventaja para la sociedad, permitiéndose la imposición social de las decisiones sobre la mujer.

El CI posee distintos enfoques, según la bioética desde la cual se comprenda. Desde la Bioética personalista, forma parte de la *lex artis* de la medicina. Es un proceso que se desarrolla a lo largo de la relación médico – paciente, en donde ambos se deben valores de fidelidad mutua. El paciente es el principal responsable de su vida y de su salud, y el médico es su colaborador. Desde la bioética principialista, dicho Consentimiento surge de una relación médico- paciente de carácter mercantil. El primero, otorga sus servicios profesionales a cambio de una retribución económica, y el segundo se encuentra interesado en recuperar su salud, por lo que paga la cantidad de dinero correspondiente.

El CI regulado en el PAT se orienta hacia la bioética principialista. En primer lugar, porque sólo la madre gestante, quien posee la capacidad para vincularse contractualmente, es la persona con la que se desarrolla la relación médico paciente, no así su hijo en desarrollo. La misma que, a su vez, es considerada como tal sólo después de la firma del formulario de CI y no durante toda la atención médica. En segundo lugar, porque el CI se da como resultado de la solicitud la madre gestante para el aborto terapéutico, sobresaliendo su autonomía. Y, en tercer lugar, porque en aplicación del principio de “beneficencia”, el CI de la mujer no causa daño a terceros y, al contrario, repercute en un beneficio para la sociedad, que con el aborto disminuye los gastos que destinaría a la atención integral de la gestante a lo largo de su complicado embarazo.

El PAT sólo nombra los aspectos informativos que la mujer debe recibir para su CI, omitiendo detallarlos

⁶¹ GARCÍA HUAYAMA, Juan Carlos. “La responsabilidad civil médica en el Perú: aspectos básicos”, en *Derecho y Cambio Social*. 2015, Noviembre, págs. 17 – 18.

⁶² El art. 23 del Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud. op. cit. norma que el proceso de CI “formará parte de la

historia clínica del usuario, siendo responsabilidad de la IPRESS su gestión, custodia y archivo correspondientes”.

⁶³ VELAZCO RAMOS, Carmen Beatriz. *Regulación jurídica del deber de información previa al consentimiento informado en el aborto*. Tesis para optar el grado de Doctor, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2013, págs. 675 – 680.

individualmente tanto a lo largo de su redacción, como en los formularios de toma de CI que anexa, dando lugar a que se vulnere su derecho a consentir libremente. Dichos aspectos, le son proporcionados en dos momentos. En el primero, toma conocimiento sobre su embarazo, y no sobre su estado complicado de salud. Después de lo cual debe decidir sobre solicitar un aborto por indicación terapéutica o continuar con su embarazo. En un segundo momento, debe recibir la información referente al procedimiento abortivo, incluyendo los riesgos y las alternativas al mismo, para proseguir con la firma del formulario de CI.

Los formularios de Consentimiento Informado, anexados en el Protocolo de Aborto Terapéutico, sólo poseen un valor probatorio, no son un elemento constitutivo del CI. Sitúan a la madre gestante ante una posición desventajosa en el caso de que haya consentido el realizarse un aborto sin haber recibido la información previa verbalmente y deba probar los hechos, ya que no cuenta con la documentación necesaria, con la que sí cuenta el médico.

El incumplimiento de la información previa al Consentimiento Informado de la madre gestante, genera vicios en la manifestación de su voluntad. Puede ocasionarse por un “dolo causante” del médico, quien a través de la persuasión y la manipulación, sirviéndose de la falta de garantías de la información del Protocolo en cuestión, induzca a la madre gestante a la realización de un aborto evitable. Asimismo, puede estar viciada por el “error esencial y conocible” del médico, que limitándose al cumplimiento del Protocolo, omita la entrega de la información relevante para la toma de una decisión consciente.

La indemnización por los daños generados por la falta de información completa, detallada y previa al CI de la madre gestante sólo tiene lugar cuando mediere el dolo, o la cumpla inexcusable del médico

Bibliografía

ACOSTA, José (2011). “La ética clínica cubana: ¿paternalismo, principalismo, personalismo o electivismo?”, en *Revista Redbioética/UNESCO*. Número 3.

AGUILAR-SIERRA, Laura (2008). “Consentimiento informado en la paciente embarazada menor de edad”, en *Revista mexicana de anestesiología*. Volumen 31, Suplemento I.

ÁLVAREZ-DÍAZ, Jorge (2008). “El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética”, en *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. Volumen 51, Número 6.

BERNAR BORDA, Andrés (2000). *Valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico-paciente*. Tesis para optar el grado de Doctor, Roma. Pontificia Universidad de la Santa Cruz.

BESSIO, Mauricio, CHOMALÍ, Fernando, NEIRA, Jorge, et al. (2008) *Aborto “terapéutico”: consideraciones médicas, éticas, jurídicas y del magisterio de la Iglesia Católica*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.

BESIO, Mauricio (2013). “La mujer gestante y su hijo. El médico frente al llamado aborto terapéutico” en *Aborto y anticoncepción de emergencia: aspectos antropológicos, éticos y jurídicos*. EDILOJA, Ecuador.

BURGOS, Juan Manuel (2013). “¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos”, en *Cuadernos de Bioética*, Volumen 24, Número 1.

CHIRINOS SOTO, Enrique y CHIRINOS SOTO, Francisco (2006). *La Constitución: lectura y comentario*, 5ta ed. Rodhas, Perú.

CIVEIRA MURILLO, Emilia (2010). “Consentimiento por representación: cuestiones problemáticas en Medicina Crítica”, en *Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas*. Número 22

CORTEZ PÉREZ, César Daniel. *La forma del acto jurídico en el Código Civil peruano de 1984*, s.a (ubicado el 19/10/2017). Obtenido en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaFormaDelActoJuridicoEnElCodigoCivilPeruanoDe1984-4133684.pdf>

FEITO GRANDE, L. (2011) “Fundamentos de bioética, de Diego Gracia”, en *Bioética y debate*, Número 17.

FERRO, María; MOLINA, Luzcarín y otro (2009). “La bioética y sus principios”, en *Acta Odontológica Venezolana*, Número 2, Volumen 47.

FLORES POLO, Pedro (2002). *Diccionario jurídico fundamental*, 2da ed. Grijley, Lima.

GARCÍA HUAYAMA, Juan Carlos (2015). “La responsabilidad civil médica en el Perú: aspectos básicos”, en *Derecho y Cambio Social*. Noviembre.

GÓMEZ, Pio (2009). “Principios básicos de bioética”, en *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Número 55.

GÓMEZ-FAJARDO, Carlos (2014). “Observaciones bioéticas sobre el “Consenso de Estambul”: el cientificismo y la omisión de lo humano en la embriología humana”, en *Persona y bioética*, Número 1, Volúmen18.

GONORAZKY, Sergio (2015). “Los principios éticos universales y su aplicación a los ensayos clínicos de medicamentos”, en *Revista Patagónica de Bioética*. Año 1, Número 2.

- HERRERA, Francisco José (1999). *El derecho a la vida y el aborto*, 2da. ed. Universidad del Rosario, Santa Fe de Bogotá.
- LÓPEZ MORATALLA, Natalia (2012). “¿Cómo cambia un aborto el cerebro?”, en *Cuadernos de Bioética*, Número 23.
- LÓPEZ MORATALLA, Natalia (2010). “El cigoto de nuestra especie es cuerpo humano”, en *Persona y bioética*. 2010, Número 2, Volumen 14.
- LUCAS, Ramón (2005). *Explícame la bioética: guía explicativa de los temas más controvertidos sobre la vida humana*. Palabra, Madrid.
- NOVOA REYES, Rommy Helena (2013). *Nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo*. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (2005). *Bioética, religión y salud*. Subdirección general de bioética y orientación sanitaria, Madrid.
- OSSADÓN WINDOW, María Magdalena (2012). “Aborto y justificación”, en *Revista Chilena de Derecho*, Número 2, Volumen 39.
- PARDO, Antonio y ECHARTE, Luis (2015). “La formalización del consentimiento informado en investigación y la pérdida sentimental del paciente”, en *Persona y Bioética*, Número 2, Volumen 19.
- PARDO, Antonio (2012). *La ética de la bioética: valores, principios y normas*, (ubicado 11/12/2015). Obtenido en: www.unav.es/humbiomedicas/apardo/eticabioetica.pdf
- PENCHASZADEH, Víctor (2015). “Perspectivas de la bioética en Latinoamérica y el caribe”, en *Revista Patagónica de Bioética*, Número 2
- PÉREZ DÁVILA, Belú Fiorella (2017). *Implicancias ético legislativas del Consentimiento Informado en la redacción del Protocolo de Aborto Terapéutico para la madre gestante*. Tesis para optar el grado de Maestro en Persona, Matrimonio y Familia, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lima.
- PÉREZ SOBA, Juan José (2009). “El bien de la vida y el bien de la salud: el deber de preservarlos” en *Junto al enfermo incurable y al que muere: orientaciones éticas y operativas*. Pontificia Academia Pro Vita, Madrid.
- PRIETO, Santiago; SAINZ, Ana (2010). *Consentimiento informado y otros aspectos bioéticos de la información al paciente en el ámbito del laboratorio clínico*, (ubicado 11/12/2015). Obtenido en <http://www.aebm.org/grupos%20de%20trabajo/docu2.pdf>
- REQUENA, Pablo (2005). *El principialismo y la casuística como modelos de la bioética clínica*. Tesis para optar el grado de Doctor, Pontificia Universidad de la Santa Cruz, Roma.
- RUBIO RUBIO, José María, DEL TRIGO ESPINOZA, María (2005). “Consentimiento Informado” en *Bioética y Derechos Humanos: Implicaciones Sociales y Jurídicas*. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- SAN MARTÍN, Javier (2015). *Antropología filosófica II: vida humana, persona y cultura*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- SGRECCIA, Elio (2007). *Manual de Bioética*, Tomo I, 4ta ed. Biblioteca de autores cristianos, Madrid.
- SUARDÍAZ PARERAS, Jorge (2006). “Aportes y limitaciones del principialismo en bioética”, en *Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II*. Número 1, Volumen 6.
- VELAZCO RAMOS, Carmen Beatriz (2013). *Regulación jurídica del deber de información previa al consentimiento informado en el aborto*. Tesis para optar el grado de Doctor, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- VIZCAYA, David; ZÚÑIGA, Felipe y otros (2014). “Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Número 5, Volumen 57.

Normas

- Código Civil. D. Leg. 295. Perú, 1984.
- Código Penal. D. Leg. 635. Perú, 1991.
- Ley General de Salud. Ley N° 26842. Perú, 1997.
- Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley N° 29414. Perú, 2009.
- Reglamento de la Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Decreto Supremo N° 027-2015-SA. Perú, 2015.
- Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Pena. Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA. Perú, 2014.
- Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA. Perú, 2011.
- Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo

Sostenible. Resolución Ministerial N° 298-2011/MINSA. Perú, 2011.

Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. Perú, 2010.