

LETICIA TERESA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

## EL INICIO DE LA VIDA: INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE LA MUJER

Sumario: 1. Introducción. 2. Análisis del marco normativo existente. 3. Derecho a decidir. Consentimiento informado de la mujer. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía.

1. A lo largo de la reproductiva de la mujer, ésta se ve o puede verse inmersa en la toma de decisiones de un enorme calado, partiendo del hecho contrastado que, en concreto, al enfrentarse a la decisión de interrumpir su embarazo, es siempre víctima de una situación de grave conflicto personal, máxime si se tiene en cuenta que, llegado ese momento, no todas las mujeres se encuentran en la misma situación ni siempre concurren en ellas las mismas circunstancias personales, familiares, sociales, económicas y otras, de distinta índole.

Consciente de la importancia de que la mujer, como sujeto responsable, independiente y con capacidad, (mientras no se pruebe lo contrario), para tomar decisiones en los distintos campos de su vida, en un momento tan decisivo como éste, tiene que estar correctamente informada para prestar de forma libre, consciente y voluntaria su consentimiento, en el presente trabajo se analizará, si, en la Legislación existente sobre esta materia, esto es, si tanto en la actual *Ley Orgánica 2/2010*, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo como en el Anteproyecto de *Ley Orgánica de Protección de la Vida del Concebido* y los *Derechos de la embarazada* de 20 de diciembre de 2013, quedan suficientemente garantizados y salvaguardados los derechos de la mujer, revisando para ello, las distintas medidas o acciones que, a tales efectos, se arbitran en dichos cuadros normativos.

Igualmente, será inexcusable aludir a la figura del consentimiento informado y a las especiales cualidades que deberían concurrir en los profesionales informantes que, a juzgar por el tenor de los mencionados textos legales, deben acompañar a la mujer antes y después de la toma de su decisión para constatar si los mecanismos que aquellos anuncian, redundan o no en el debido respeto a su dignidad, al libre desarrollo de su personalidad y a los derechos humanos que le son inherentes en un entorno que garantice, en todo caso, la intimidad y confidencialidad que, sin duda, merece.

Y todo ello, con la finalidad principal de dar respuesta a la interrogante sobre si, en esta materia, existe o no una correlación entre los deseos de nuestros Legisladores por una parte, y la practica asistencial diaria por otra, constatando, de esta manera, si existe un marco sociosanitario adecuado y deseable para hacerlos valer.

Así, se aborda esta temática bajo un doble punto de vista, a saber:

-¿Cuál es el papel nuestros Legisladores y Poderes Públicos patrios?

-¿Cuál es el papel de la mujer?

2. Se parte de la premisa recogida en la Exposición de Motivos de la actualmente en vigor, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, cuando dice:

*«[...] La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada».*

*«[...] Por ello, la tutela del bien jurídico en el momento inicial de la gestación se articula a través de la voluntad de la mujer, y no contra ella. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y objetividad de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer».*

En términos parecidos, aunque mucho más restrictivos, se reconoce esta necesidad de información y correlativo consentimiento de la mujer en la Exposición de Motivos del Anteproyecto de Ley Orgánica de Protección de la Vida del Concebido y los Derechos de la embarazada de 20 de diciembre de 2013, al establecer que, *«Con carácter general, ningún aborto puede ser llevado a cabo sin el consentimiento de la mujer»*

*«[...] pues, entonces, no solamente se atenta contra la vida del no nacido, sino que también entran en juego otros bienes e intereses jurídicos de primer orden, como son la integridad física de la mujer».*

Igualmente, es preciso mencionar que el Estado Español asumió tras la ratificación de la Convención de Nueva York sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, la obligación de respetar *«el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente*

*y de manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «[...] mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás» .*

Y es que, a veces, se olvida que, en estas situaciones, no es que no haya derechos, constituyéndose en premisa aceptar las decisiones de estas personas, y ayudarles, en todo caso, a su autoconstrucción, dándoles o reconociéndoles autonomía en situaciones en la que aquellas la tienen más limitada y con ello, hacer efectivo el propio tenor de su articulado al reconocer «[...] *El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas*».

En todos los casos, «*La protección de este ámbito de autonomía personal [...]*», constituye pues, una clara manifestación no sólo de respeto a la autodeterminación de la mujer sino al de la dignidad y a su derecho a la intimidad, consagrados también en el artículo 2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, como principios básicos que deben orientar toda actuación asistencial.

Asimismo, tanto la actual Ley Orgánica 2/2010 como el Anteproyecto de 2013, coinciden en la necesidad de que, por parte de la Administración, y, con carácter previo a la toma de decisiones, se haya informado a la mujer embarazada sobre «[...] *a) Las ayudas públicas disponibles y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento, c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro, d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo*».

Ambas aseguran además, la efectividad de una interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos permitidos, mediante su incorporación a la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud, procurando la cobertura en tiempo de esta prestación por dicho Sistema, a través de servicios propios o concertados, con las garantías de calidad y seguridad del paciente establecidas por la normativa reguladora de la precitada cartera de servicios.

La respuesta de nuestros Legisladores y demás Poderes Públicos, sobre el papel es, de esta suerte, impecable, y es que, aunque redactados bajo el umbral de ideologías políticas de muy distinto signo, y por ende, bajo concepciones muy diferentes, se reconoce a la mujer además de los derechos arriba anunciados, la necesidad de que la toma de sus decisiones, vaya precedida de un correcto proceso de información detallada, que se extenderá en el tiempo después de haberla hecho efectiva en un marco adecuado.

Sin embargo, en la práctica asistencial diaria, se observan importantes fallos, constituyendo una cruda realidad el hecho de que la mujer (mayoritariamente joven, extranjera... y ajena a los «cambios políticos de ideologías distintas») acude al centro público o privado de que se trate con su «decisión ya tomada» convirtiéndose en simple receptora en los espacios hospitalarios destinados a oficinas de atención al paciente, (reducidos y, en ningún caso, preparados para salvaguardar la confidencialidad debida) de un «sobre cerrado» lleno de literatura que anuncia de forma aséptica e impersonal, ayudas y subvenciones que, en el peor de los casos, no pueden hacerse efectivas en épocas de crisis como la actual.

Lo triste es que el incumplimiento parcial de las previsiones legales se evidencia pues, desde el momento mismo en que la mujer, al enfrentarse a la tesitura de tener que tomar una decisión de tanta relevancia para su vida, no se ve realmente asistida a lo largo del proceso por todos los profesionales a los que la ley alude y que la preocupación del Sistema, con posterioridad, a esa decisión de interrupción de su embarazo no va más allá, como ya se ha dicho, de procurarle el centro público o privado concertado donde llevarlo a cabo.

Así las cosas, todo apunta a que los designios de nuestros Legisladores parecen no cumplirse en la práctica clínica habitual, en perjuicio de la parte más débil y digna de protección.

3. Al examinar qué papel tiene la mujer en todo este proceso, sin duda debemos centrar la atención en examinar cómo es o, mejor cómo debería ser esa información previa a su consentimiento, cuales son las cualidades que deberían concurrir en el agente o agentes sanitarios responsables de darla, y cual debe ser el marco en el que debería procurarse.

La cuestión que se plantea, nuevamente es si, en la práctica diaria asistencial, se cumple y se contribuye a reforzar este reconocimiento de los derechos de las mujeres capaces de decidir libres y conscientes, articulado a través de la figura del consentimiento informado.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconoce en su artículo 17 el derecho que tiene la mujer a una «*Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo*», estableciendo que,

«[...] 4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita».

Y todo ello, partiendo de la regla general recogida en la actual Ley vigente, y, aunque de forma mucho más difuminada, también en el Anteproyecto de Ley Orgánica de Protección de la Vida del Concebido y los Derechos de la embarazada de 20 de diciembre de 2013, de que toda mujer es capaz de decidir, previa información adecuada, mientras no se demuestre lo contrario (en virtud de la llamada presunción de capacidad).

Sólo ella es quien ostenta el derecho y quien debe consentir la actuación o intervención médica, siempre y cuando su capacidad de discernimiento se lo permita en un marco deseable.

Constituyen excepciones a ese ejercicio pleno del derecho de autodeterminación y a la libertad para decidir que, las mujeres, tienen sobre su cuerpo, su salud y, en definitiva, sobre su vida, los supuestos legalmente previstos de otorgamiento del consentimiento informado por sustitución, cuya relevancia determinan que sean objeto de estudio aparte, motivados por la falta de capacidad legal o natural de la mujer embarazada, sin olvidar que el tenor del artículo 9.5 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es claro cuando dispone que, «*la prestación del consentimiento por representación tiene que ser adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal*».

El consentimiento informado que debe prestar la mujer debe concebirse pues, como un proceso de comunicación activa, directa, completa, veraz y comprensible por el que el profesional da la información y aquella, otorga su consentimiento, siempre en el marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, y donde «*lo importante es hacer de aquél, un*

*instrumento para la realización de un principio esenciadísimo, cual es que la persona sea dueña efectiva de su destino, como corresponde a su infinita dignidad y, que esta información sea auténtica y humana en el sentido de acompañarla con el calor debido a algo tan trascendente como son las decisiones en las que pueda estar afectada la vida, la integridad corporal o la salud física o psíquica de una persona».*<sup>1</sup>

Se parte de la concepción de esta figura en su doble vertiente, como un medio idóneo para potenciar y mejorar el mutuo diálogo entre profesional y la mujer que acude a la consulta, devolviendo, por un lado a esa relación médico-paciente, su original significado de relación de confianza y, por otro, a la constatación de que aquella no sólo cuenta con obligaciones (sujeto pasivo que asiente) sino que es titular de derechos.

Y es que es una realidad que, para una correcta aplicación práctica de la esta normativa antes mencionada, y más específicamente, para valorar en su justa dimensión el respeto a la autonomía y a la dignidad de la mujer a la hora de tomar decisiones, la práctica asistencial, pese a las muchas dificultades diarias a las que se enfrentan los profesionales (enorme presión asistencial, falta de recursos materiales, de formación, de concienciación...), debería pasar por propiciar un adecuado diálogo con aquella.

Diálogo enmarcado hoy, afortunadamente, en un entorno asociado a un cambio de actitud entre los profesionales de la sanidad, que, apoyados por distintos cuerpos legales de corte más progresista, han pasado de una conducta basada en el principio de beneficencia, (donde la paciente se entregaba sin más a los conocimientos del profesional propios de un claro paternalismo médico de «*todo para el paciente pero sin el paciente*»), a una relación horizontal, fundamentada, ahora, en el principio de autonomía de la voluntad, adquiriendo la mujer un enorme protagonismo en la toma de todo tipo de decisiones que le afectan y donde la obligación de nuestros profesionales no sólo es la correcta prestación de las técnicas, sino también el cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, en el ámbito de sus competencias o especialidad, como integrantes de la *lex artis*, es decir, como un acto clínico más.

Teniendo en cuenta además que, una información aséptica e impersonal, que no plantee alternativas y deje la decisión totalmente en manos de la mujer aplicando a ultranza el principio de autonomía, puede incluso rozar la mala praxis y conducirá probablemente a soluciones, a menudo, no deseables para aquella.

Con todo, llama poderosamente la atención que, ninguna de las leyes anteriormente mencionadas, dediquen expresamente un apartado a describir

---

1 J.C. GALÁN CORTÉS, *Responsabilidad Médica y Consentimiento informado*, Madrid, 2001.

la importancia que cobra el hecho de que concurren especiales «aptitudes» en los distintos responsables encargados de dar la información, dado que son los que rodean a la mujer en un momento tan importante para ella, como destinataria de esa información *precisa, verbal, amplia* y personalizada y que, también deberían predicarse de los encargados de trasladarle la pertinente (actualizada...) sobre las ayudas, subvenciones y apoyos reales disponibles a que tienen derecho.

De esta manera, junto a la necesidad de ser buenos «diagnosticadores», deberían potenciarse como otros atributos imprescindibles de estos profesionales siempre y, en todo caso, el de la aptitud de respeto, respeto, la tolerancia, la compasión, el acercamiento, la capacidad para escuchar sin juzgar, la capacidad de entender motivaciones no expresadas verbalmente por el paciente, la de guardar silencio, persuadiendo, en su caso, e involucrar sin coaccionar, asumiendo que, el consentimiento ha de ser prestado por personas legas en materia médica, que habrán de ser previamente «informadas», para hacer una realidad el que puedan adoptar una decisión libre y consciente, después de constatar que también es una realidad que la manera cómo se presente la información tiene una influencia decisiva en la resolución final.

El buen profesional deberá ser capaz de «compartir» la decisión con la mujer, informándose primero de todo aquello que le permita saber más sobre ella, sus valores o preferencias, para después aconsejar o incluso persuadir, sin llegar nunca a coaccionar, respetando siempre su autonomía moral.

Sólo así los dictados de la ley se entenderían realmente cumplidos. Sólo así sería una un hecho *«la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención en un ámbito libre de prestación»*.

Todo ello sin embargo «choca» con la práctica de la medicina actual «deshumanizada e impersonal» (aunque, por fortuna, no en todos los casos) de la que se quejan habitualmente los pacientes y que sufren, en particular, las mujeres, en un momento tan decisivo como el que nos ocupa.

Lo expuesto no es incompatible con que y, siguiendo los designios de los textos legales antes mencionados, queden reconocidos el derecho de los profesionales sanitarios, por cuenta propia o ajena, a abstenerse, por razones de conciencia, de participar o colaborar en la interrupción voluntaria del embarazo, tras comenzar a prestar sus servicios en un centro o establecimiento médico, público o privado, acreditado para la interrupción voluntaria del embarazo, siempre que manifiesten objeción, anticipadamente y por escrito. Con todo, también en estos casos, de seguir los dictados legales y éticos del buen profesional al que venimos refiriéndonos, dicha circunstancia no debería ser excusa para «dejar a su suerte a la mujer» sino que debería pasar por, en primera instancia, avanzar una información adecuada, personal e individualizada dada su relevancia, acompañándola en esta parte del proceso.

Conviene resaltar que, en todo caso, dicha información debe ser completa, adaptada a las necesidades de comprensión de la mujer que ha de tomar una decisión, clara y suficiente para orientarle en la adopción de aquella, sin lenguaje «*altamente técnico o académico (fundamentado en criterios de autoridad, infantilizándola), con un léxico corriente*»<sup>2</sup> compatibilizando el adecuado respeto con la «capacidad psicológica de la paciente» a efectos de evitar que resulte abrumadora, «*respetando su propia idiosincrasia y peculiaridad y encontrando el punto de equilibrio*»<sup>3</sup> entendiéndola como un proceso gradual de diálogo entre el profesional facultativo y la mujer, necesario para que ésta pueda ir tomando y consintiendo decisiones.

De nuevo, los cambios de ideologías y de signo político (pese a ser actos tan íntimos de la persona) se extienden, en esta materia, a la propia redacción de la constatación por escrito del documento de consentimiento informado, hasta el extremo que, de su lectura, parecen estar describiéndose dos procedimientos distintos de interrupción voluntaria del embarazo, según el signo político imperante en el momento.

Así las cosas, en la confección de dicho documento de consentimiento informado, se debería evitar absolutamente «*la inclusión de cláusulas abusivas, intimidatorias o de exoneración de responsabilidad [...]*»<sup>4</sup> primando, ante todo, que fuera de naturaleza específica, describiendo los riesgos, las consecuencias, y, en lógica armonía con el escrupuloso respeto a la libre voluntad y autodeterminación de la paciente, «*determinando, si existen o no alternativas a la actuación sanitaria posibles y ad hoc*»<sup>5</sup>, es decir, a ser posible con una redacción expresa y específica para cada caso.

Se concluye con un suspenso, dicho con el máximo de los respetos, para nuestros poderes públicos, (cualquiera que sea el corte conservador o progresista que abanderen), dado que, en la práctica, no han arbitrado (o sólo en parte), herramientas eficaces y desplegado medios humanos y materiales para garantizar y favorecer la accesibilidad de los apoyos, ayudas y subvenciones anunciada por la Legislación analizada, facilitándolas, en función de las necesidades reales, y en todos los casos que sea necesario, mediante el establecimiento de mecanismos y actuaciones que posibiliten

---

2 X. ABELL LLUCH, *El Derecho de Información sanitaria*, Diario La Ley, n. 5698, 1-18.

3 JE. SÁNCHEZ-CARRO, JA. SÁNCHEZ-CARO, *Consentimiento informado en psiquiatría*, Madrid, 2002, 28.

4 J.C. GALÁN CORTÉS, *Responsabilidad médica y consentimiento informado...*, op. cit., 146.

5 M.P. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, *Función y desnaturalización de los Protocolos de consentimiento informado*, Revista jurídica del Nnotariado, n.65, 2008, 314-342.

un seguimiento efectivo y adecuado, demostrativo de una preocupación real por el estado físico y emocional de la mujer.

4. – Es injustificado que la mujer, al enfrentarse a la toma de una decisión tan relevante para su vida como la de la interrupción voluntaria de su embarazo, sea víctima constante del cambio de regulaciones normativas y, en consecuencia, sometida además, a los envites de cambios políticos con ideologías de distinto signo.

- Que el proceso de información y los demás derechos a que se refieren nuestras leyes, fallan se pone de manifiesto cuando, todavía hoy, se utiliza el aborto como un medio anticonceptivo de forma, a veces, muy reiterada. No existe pues una correlación entre los designios de nuestros Legisladores patrios y la práctica asistencial diaria.

- Pese a que los poderes públicos deben facilitar las condiciones para que se adopten decisiones de forma libre y responsable, poniendo (cuando lo precisen) servicios de atención sanitaria, asesoramiento e información, lo cierto y verdad es que no existe un marco deseable para procurar el respeto debido a este ámbito de autonomía personal de singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos.

- Se constata pues, la necesidad de que sean las propias instituciones sanitarias quienes, en el ejercicio del poder de dirección, asuman, en esta materia, una responsabilidad directa, debiendo velar por la implementación y utilización de protocolos y guías que identifiquen a los responsables ( a ser posible con perfiles concretos) tanto de proporcionar esa información asistencial, como de procurar que sea efectivo un seguimiento y que, todo ello, se produzca en un entorno adecuado libre de presiones.

- En el apartado formación de profesionales de la salud, se echa de menos una labor de «humanización y acompañamiento» de la mujer a lo largo de todo el proceso.

- Es necesario que los profesionales sanitarios reciban formación de base para mejorar su proceso de comunicación con la mujer sobre conceptos básicos como el consentimiento informado, de qué manera gestionar situaciones de dudas y conflicto, cómo comunicar informaciones extremas, cómo acompañarla sin prejuizar, cómo realizar valoraciones de capacidad para conseguir que el proceso culmine de forma armónica y equilibrada ponderando las situaciones y casuísticas tan variadas que pueden concurrir en la mujer en un momento tan decisivo en su vida.

- Junto a la cualidad de «buen diagnosticador y tratador», deberían potenciarse como atributos imprescindibles de los profesionales sanitarios

que atienden a la mujer aptitudes tales como el respeto, la tolerancia, la capacidad para escuchar sin juzgar, entender motivaciones no expresadas verbalmente por el paciente, guardar silencio, persuadir sin coaccionar, saber involucrar e implicarse en las decisiones de aquella para, en definitiva, acompañarla a lo largo de todo su proceso.

## 5. Bibliografía

- AMAYA RICO, V., *El deber médico de información: un derecho humano fundamental*, La Ley, T.I. 2002, 1831 y 1832.
- AVENTOSA DEL RÍO, J., *El derecho a la autonomía de los pacientes*, Estudios jurídicos en homenaje al profesor Díez-Picazo, T.I, 173 – 205.
- BERROCAL LANZAROT, A.I. – ABELLÁN SALORT, J.C., *Autonomía, libertad y testamentos vitales (Régimen jurídico y publicidad)*, Madrid, 2009.
- CANTERO MARTÍNEZ, M.J., *La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital*, Albacete, 2005.
- CERVILLA GARZÓN, M.D., *Comentario a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en Actualidad Civil. T. I. 2003, 311 – 326.
- COSTAS LOZOYA, J.A. – PIÑERO VIDAL, J.L., *Curso de Consentimiento Informado en la Práctica clínica*. Vigo. Fundación de Estudios y Formación Sanitaria 2000.
- DOMÍNGUEZ LUELMO A., *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la ley 41/2002 de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*, 2ª ed, Valladolid, 2007.
- FRAGA MANDIAN, A. – LLAMAS MEILAN, M.M., *El consentimiento informado. (El consentimiento del paciente en la actividad médico-quirúrgica)*, Edit. Revista Jurídica Galega, 1999.
- GALÁN CORTÉS J.C., *Responsabilidad Médica y Consentimiento informado*, 1ª ed., Madrid, 2001.
- GALLEGO RIESTRA, S., *El Derecho del Paciente a la Autonomía Personal y las Instrucciones Previas: Una Nueva Realidad Legal*, Navarra, 2009.
- ROMERO COLOMA, A.M., *El derecho español ante la relación médico-paciente. Deber de información y consentimiento*, La Ley, T.4, 1996, 1251.
- SANCHEZ-CALERO ARRIBAS, B., *La actuación de los representantes legales en la esfera personal de menores e incapacitados*, Valencia, 2005
- SÁNCHEZ-CARO J. – ABELLÁN F., *Derechos y deberes de los pacientes*, 1ª Ed., Granada, 2003
- SIMON LORDA P., *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*, 1ª ed., Madrid, 2000.
- VICANDI MARTÍNEZ A., *El Derecho a la Información. Un campo de batalla entre la Medicina y el Derecho*, Revista Derecho y Salud, vol. 22, n. 2, 2012, 39-78.