

ARTÍCULO DE ÉTICA

Jurisprudencia interamericana en consentimiento informado

Inter-American jurisprudence on informed consent

Glidden Howard Carrasco¹  <https://orcid.org/0009-0002-7932-4261>, César Alejandro Carrasco Ávila²  <https://orcid.org/0009-0007-9525-8037>,
Luís David Carrasco Ávila³  <https://orcid.org/0009-0005-9267-7901>.

¹Hospital General del Sur, Servicio de Emergencia; Choluteca, Honduras.

²Universidad Católica de Honduras, Facultad de Derecho; Choluteca, Honduras.

³Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias; Choluteca, Honduras.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación expone las interpretaciones realizadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte) sobre los hechos revelados en dos casos sometidos a controversia; producto de esto, determinó nuevos estándares de aplicación a la Convención Interamericana de Derechos Humanos (CADH) relativos al acceso a información personal cuando se requiera un acto médico. Consecuentemente; los Estados Partes (EP) actualizan sus obligaciones internacionales, incluyendo al Estado de Honduras que por norma constitucional tiene el deber de aplicar estas disposiciones. Método aplicado es deductivo, la técnica: cita corta. El objetivo es exponer los alcances del Consentimiento Informado en Salud (CIS), a través del análisis y sistematización de las sentencias “I.V. vs Bolivia” y “Poblete Vilches y otros vs Chile”; con el propósito de proveer un conocimiento estructurado, de tal modo que pueda facilitar claridad en la ética, práctica clínica y seguridad jurídica en el ejercicio profesional; y, a los tomadores de decisiones, proporcionar insumos necesarios para una teoría del cambio y gestión del conocimiento.

Sistematización de la jurisprudencia del consentimiento informado

En ambas sentencias se analizaron cuatro ejes analíticos: Derecho a la Salud, CIS, fuentes, y marco conceptual. Los criterios de inclusión se focalizaron en los párrafos ubicados en el fondo, subsección consideraciones de la Corte. Este orden fue sistematizado en seis partes: antecedentes, acto médico, capacidad y derechos concretos (civil, salud, y CIS).

Precedentes y contexto

La CADH fue impulsada por la Organización de Estados Americanos (OEA) hasta que entró en vigor en 1978. Es un instrumento internacional reconocido por 25 Estados; estructurado en un preámbulo y 82 artículos que describen un listado de preceptos estatales, individuales y colectivos. Del artículo 26 se desprenden los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA), fuente de la jurisprudencia del Derecho a la Salud y del CIS. Además, crea la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte. Sus fines establecen deber estatal, protección individual y colectiva de la persona humana, la Casa Común y la Familia; la cual es reconocida como el “elemento natural y fundamental de la sociedad” (art.17).¹ Los documentos estudiados son los siguientes:

C1: **Caso I.V. contra Bolivia.** Describe acciones y omisiones realizadas por personal médico al practicar esterilización quirúrgica a una mujer indígena sin su consentimiento. Se argumentaron estereotipos de género y categorización de urgencia médica (párr.1).² Consultar en Youtube™: Corte - IV vs Bolivia.

C2: **Caso Poblete Vilches y Otros contra Chile.** Describe acciones y omisiones durante la atención médica hospitalaria proporcionada a un adulto mayor al negarle su ingreso a una unidad de cuidados intensivos por motivos etarios y de pronóstico clínico; además de practicarle un procedimiento invasivo no consentido por los familiares (párr. 1).³ Consultar en Youtube™: Caso Poblete Vilches versus Estado Chileno.

Derechos Civiles

En ambas sentencias se invocó el deber estatal de adoptar disposiciones internas para el reconocimiento de los siguientes

Recibido: 08-03-2024 Aceptado: 18-11-2024 Primera vez publicado en línea: 05-12-2024
Dirigir correspondencia a: Glidden Howard Carrasco
Correo electrónico: glidden.carrasco@unah.hn

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Howard-Carrasco G, Carrasco-Ávila CA, Carrasco-Ávila LD. Jurisprudencia interamericana en consentimiento informado. Rev Méd Hondur. 2024; 92 (2). xx-xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v92i2.19492>

© 2024 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

derechos: personalidad jurídica de la persona humana, vida, integridad personal, libertad, garantías judiciales, protección de la honra, dignidad, libertad de pensamiento, expresión, protección de la familia, y al desarrollo progresivo de los DESCAs (art. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 17 y 26).

Derecho a la Salud

La Corte y la CIDH acordaron incorporar los Elementos Esenciales que se deben satisfacer en materia de salud por los EP: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (C1, párr. 135 y C2, párr.120). Además, esta incorporó el Derecho a la Salud como autónomo, justiciable, y protegido por el art. 26 (C2, párr.174); de este modo, se agrega a la lista de derechos humanos que se pueden reclamar. También reconoció la existencia de una relación estrecha entre el derecho a la vida privada, integridad personal y la salud humana; señalando que “la falta de atención médica adecuada puede conllevar a la vulneración del artículo 5.1” (C2, párr. 154). A la Corte se le presentó la obligación estatal denominada Transparencia Activa (C2, párr. 233), profundizada desde la academia dentro de un diseño prospectivo y de veeduría.⁴

Esferas del Consentimiento Informado en Salud

La Corte requirió desarrollar los alcances del CIS por medio del concepto de libertad, determinado en la “capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido” (C1, párr. 151). Lo razona en función de la autodeterminación del individuo, que a su vez protege en cascada los siguientes derechos: dignidad, libertad e integridad personal, atención a la salud sexual reproductiva, vida privada, y a fundar una familia (C2, párr.160). En C1, asegura el “efecto útil de la norma que reconoce la autonomía como elemento indisoluble de la persona” (párr. 159); ubicándola en un espectro de decisiones que se deben realizar con anticipación a un acto médico. De este modo, el CIS fue definido en torno a “Una decisión previa de aceptar o someterse a un acto médico en sentido amplio, obtenida de manera libre, es decir sin amenazas ni coerción, inducción o alicientes impropios, manifestada con posterioridad a la obtención de información adecuada, completa, fidedigna, comprensible y accesible, siempre que esta información haya sido realmente comprendida, lo que permitirá el consentimiento pleno del individuo (C2, párr. 161).

Propiedades del Consentimiento Informado en Salud

Transitividad Estructurada. Se reconocen dos actores; el Prestador de Servicios de Salud (PSS) y el Receptor de Servicios de Salud (RSS). El primero es un profesional del espectro sanitario o de investigación clínica; y el segundo es el paciente o sujeto de investigación y su entorno social. Comparativamente a los PSS, el Código de Salud Hondureño reconoce a las Profesiones de la Salud (art. 172-176) (**Figura 1**). **Temporalidad:** Esta relación se establece idealmente en dos fases: la primera busca la verdad y empoderamiento del paciente. La segunda culmina en un acuerdo: aceptabilidad o rechazo del acto médico. Dentro de este marco el RSS conserva su autonomía, si así lo decide, puede rescindir el contrato del CIS en cualquier momento y por cualquier motivo y sin represalias (C2, párr.182). **Dominio:** Reconoció que el CIS es una condición *sine qua non* de la práctica médica, la cual se basa en el respeto a la autonomía y libertad del paciente de conformidad a su plan de vida (C2, párr. 170; C1, párr.155 y 157). Además, identificó una relación desigual, la cual es ejercida por el conocimiento e información que posee el médico (C1, párr.186). Al respecto, el Relator Especial de Naciones Unidas, concluyó que la comunicación efectiva entre médico y paciente es muy complicada; la cual es inherente a la consulta, confianza depositada, diferencia en el nivel de conocimiento e influencia de estereotipos sociales (párr.92).⁵ Con posterioridad y en conexión a ello, el tribunal incorporó los siguientes Principios de la Ética Médica: Autonomía del Paciente, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia (C1, párr.160). **Cobertura:** A la luz del derecho internacional, la implementación del CIS tiene alcances en lo ético, lo jurídico y *lex artis* (C1, párr.164). En un contexto extrapolado, el país cuenta con varios instrumentos de protección: el Código de Ética Médica reconoce la Objeción de Conciencia, el deber de cuidado y relaciones profesionales (art. 12e, 12g y 31); el Código de Conducta Ética del Servidor Público (art. 6 y 7) establece 27 directrices que tratan sobre el acceso a la información, el poder delegado y la influencia indebida, *inter alia*; el Acuerdo de la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) N° 041-2020, *inter alia*, ofrece protección durante los ensayos clínicos humanos; y el Código de Salud (art.2) se otorga supremacía entre otras normas de su jerarquía. **Obediencia:** Conoció que en algunas circunstancias los PSS pueden actuar sobre convicciones y preferencias que se opongan al plan de vida de los pacientes



Figura 1. Transitividad Estructurada del Consentimiento Informado. El primer tiempo en su primera fase busca la verdad, en la segunda fase se establece igualdad de poder entre los actores. En el segundo tiempo se lleva a cabo el acto médico considerando la salvaguardia de la propiedad de temporalidad. Fuente: elaboración propia.

(C1, párr. 160); por lo cual determinó cumplimiento estricto de los Elementos Constitutivos del CIS: Previo, Libre, Pleno e Informado (C1, párr. 166). **Elementos:** El Relator declaró que el lenguaje y las barreras culturales limitaban la comprensión del CIS (párr. 12, 23, 36 y 39). Al respecto, este problema fue deconstruido en el Binomio PSS/RSS, y los siguientes Elementos de la Comunicación representados en espejo: Receptor (RSS), Emisor (PSS), Código (idioma), Mensaje (información sobre el acto médico), Canal (documento escrito); Contexto (clínico, investigación, cultura). La influencia ejercida por los estereotipos sociales se razonó como un tipo de ruido que interfiere en la comunicación efectiva (C2, párr.177).⁶ **Salvaguardias:** El Relator expuso la necesidad de protección bajo circunstancias especiales (párr. 29, 40, 49 y 97) al reconocer un tipo de “consentimiento no escrito, oficialmente documentado, otorgado ante testigos” (párr. 39), incluyendo un servicio de interpretación. Con posterioridad, la Corte determinó que previo a la realización de un acto médico, es imperativo reconocer y respetar la autonomía y autodeterminación del paciente, ya que constituye un pilar fundamental para el ejercicio pleno de sus derechos, atención médica y preservación de la vida familiar (C2, párr. 170).

Requisitos: La salud humana es un componente primordial del derecho a la integridad (C1, párr. 153 y 154); esta dicotomía derivó en los siguientes requisitos del CIS: Acceso a servicios para “que las personas gocen de oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud” (C1, párr.155); Poder de “libertad de cada individuo de controlar su salud y su cuerpo” (C1, párr.155); y a no padecer injerencias como torturas, tratamientos y experimentos médicos no consentidos (C1, párr.155). **Complacencia:** Indicó que “el paciente sólo puede consentir si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena” (C2, párr.163).

Mujer y estereotipos

La Corte determinó obligación estatal para erradicar la discriminación contra la mujer, especialmente cuando es motivada por estereotipos, el cual fue entendido como “una preconcepción de atributos, conductas o características poseídas o papeles que son o deberían ser ejecutados” en roles desiguales (C1, párr. 187). En el sector salud, señaló que estos actos “pueden resultar en distinciones, exclusiones o restricciones que menoscaban o anulan el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, específicamente, de los derechos sexuales y reproductivos” (C1, párr. 187). En ese seguimiento, se focalizó dos desigualdades de género en los servicios de salud: en la relación médico-paciente y en las interacciones entre hombres y mujeres; las cuales se caracterizan por ser dominantes y persistentes, de tal modo que refuerzan subordinación y dependencia (C1, párr. 186). La Corte cree que esta situación afecta el acceso a la información, especialmente si la mujer desconoce sus derechos sexuales y reproductivos; lo que haría que ellas pudieran tomar una “actitud menos asertiva respecto a sus derechos” (C1, párr. 177); y consecuentemente, depositar una mayor confianza en el criterio médico, la cual es forzada por una

posición paternalista que facilita la toma de decisiones, sin considerar su autonomía y voluntad (C1, párr.160, 161, 166 y 187). De esto, se nominó tres estereotipos que fueron desarrollados por la Corte en cuanto a las creencias que se tienen de las mujeres que acuden a los servicios de salud (C1, párr.177): 1. Incapacidad, identificadas como seres vulnerables e incapaces de tomar decisiones confiables y consistentes; lo que conlleva que profesionales de la salud nieguen la información necesaria para brindar su consentimiento; 2. Superficialidad, consideradas como seres impulsivos y volubles, por lo que requieren de la dirección de una persona más estable y con mejor criterio (hombre) y 3. Dependencia, percepción de llevar la responsabilidad de la salud sexual de la pareja; es decir, la tarea de elegir y usar un método anticonceptivo. En cuanto a esto, la Corte y el Informe de Desarrollo Humano en Honduras 2022 (IDH) convergen en sus valoraciones en un contexto temporal y espacial separado. El IDH comparte cualitativa y cuantitativamente el criterio de “una múltiple discriminación por ser mujer e indígena y joven” (pág. 306).⁷ Reveló que el Índice de Desigualdad de Género sitúa a Honduras en el puesto 107 de 170 países de ingresos medios, con particular énfasis en los departamentos de Valle, Islas de la Bahía, Olancho, Intibucá y Gracias a Dios.⁸

Personal de Salud

En C1, párr. 191, se sistematizó dos formas de solicitud del CIS: 1) Positiva, provee información “clara y sin tecnicismos, imparcial, exacta, veraz, oportuna, completa, adecuada, fidedigna y oficiosa”; Negativa: manda actuar “de forma coercitiva o inductiva con el fin de lograr la aceptación del acto médico, con base en el entendido que la opinión médica prima sobre la autonomía y deseos del paciente”.

Acto Médico

La práctica clínica ha evolucionado a la par de la tecnología y consecuentemente sobre un marco de actividades peligrosas (pág. 86-87).⁹ En ese sentido, la ONU declaró que el acto médico posee las siguientes características: Profesionalidad, demostrada en la competencia técnica del facultativo; *lex artis ad hoc*, definida en función de un “conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo” (pág. 263);¹⁰ el Objetivo, que persigue dos intenciones: obtener información durante una investigación o la atención clínica para resolver sobre una enfermedad que requiera atención (curación, alivio o rehabilitación); y, Legalidad, desplegada en los poderes otorgados a los facultativos por las leyes nacionales. En este orden, impuso 6 deberes antes de realizar todo acto médico: 1) Evaluación del diagnóstico; 2) Objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; 3) Posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; 4) Alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; 5) Consecuencias de los tratamientos, y 6) Estimación de lo que ocurrirá antes, durante y después del tratamiento (C1, párr.189 y C2, párr.182). La ONU indicó que el consentimiento adquiere efectividad con este bi-

nomio: Documentación Preliminar y Acceso Voluntario. Resaltó que al rechazar el CIS existe el deber de evitar cualquier forma de desagrado, tergiversación o coerción que pueda facilitar la intimidación y la influencia indebida (párr. 7).

Capacidad

Interpretó la necesidad de salvaguardar a los pacientes en dos circunstancias: Incapacidad, cuando enfrenta una situación que compromete su vida y no tenga capacidad de otorgarlo, de tal modo que el PSS asume las decisiones en nombre de este (C2, párr. 166); y 2) Cuando pueda otorgar el CIS directamente. En cuanto a esto, se postula la Acción Neutralizadora, la cual consiste en revocar el CIS por cualquier motivo, inclusive de forma verbal y sin represalias (C1, párr.184, 196). No obstante, en cualquier circunstancia la Voluntad Anticipada no se invalida, ya que la tutela de sus derechos fundamentales no se extingue en una situación de emergencia.¹¹ Con relación a lo anterior, resultó imperativo definir los siguientes conceptos: 1) Capacidad de Ejercicio, "posibilidad que tiene una persona de ejercitar por sí misma, sin la intervención de terceros los derechos que posee y que le han sido reconocidos por el ordenamiento jurídico" (pá8); y 2) Competencia, "capacidad para comprender, retener, creer y sopesar la información que se recibe a fin de tomar una decisión" (párr.10). Se sistematizaron dos tipos de CIS: 1) Por Capacidad y Competencia, explicado en el inciso anterior; y 2) Por Representación o Sustitución, desarrollado ampliamente en C2 (párr. 161-173); incorporando la siguiente salvaguarda: "cuando se ha comprobado que el paciente, por su especial condición, no se encuentra en la capacidad de

tomar una decisión con relación a su salud" (párr.166), este debe ser otorgado por las figuras tutoras indicadas en la ley; y sin omitir los elementos constitutivos previamente señalados. Para lograr esto se debe realizar una valuación clínica de las capacidades que tiene el paciente (**Figura 2**). **Inaplicabilidad:** la Corte considera que existen condiciones excepcionales en donde es posible que el personal de salud actúe sin la exigencia del CIS (C1, párr. 162): 1) Cuando no puede ser brindado por el paciente y 2) cuando apremie un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, de urgencia o de emergencia, que representa un grave peligro para la vida o la salud del paciente (párr. 166). Consideró que esta medida se aplica por "la inminencia de un riesgo y, por ende, a una situación en que la intervención es necesaria ya que no puede ser pospuesta" (C1, párr. 229). La Figura 2 ilustra una propuesta de evaluación de la Capacidad de Ejercicio y Competencia a través del método de resolución de problemas basado en preguntas y resultados esperados. Considera factores como el estado de conciencia, vulnerabilidad social, capacidad de comprensión y la gravedad clínica antes de realizar un acto médico. Ante dudas, se recurre a ciertas salvaguardias (dictámenes, opiniones de expertos o la Voluntad Anticipada).

CONCLUSIÓN

El CIS representa un nuevo estándar de obligatorio cumplimiento para los EP. El Estado de Honduras tiene vías constitucionales y capacidades institucionales para implementarlo (art. 15-17, 68, 76, 145, 149, 155 y 182);

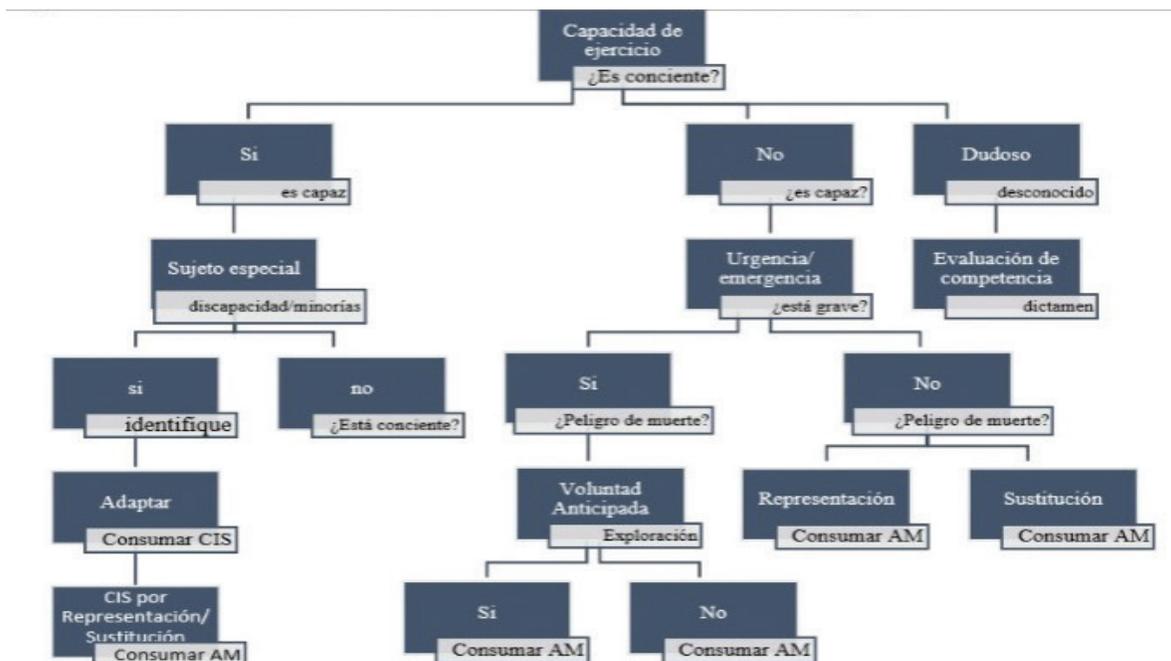


Figura 2. Propuesta de Algoritmo Basado en la Capacidad de Ejercicio para ejercer Consentimiento Informado en Salud; de conformidad a la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Para realizar un acto médico (AM); la Corte requiere que se determine la capacidad de ejercicio para acceder al CIS, el cual inicia con la exploración clínica de su estado de conciencia y contexto clínico o social del paciente. Fuente: elaboración propia.

auxiliándose de las doctrinas, leyes y razonamientos de la autoridad y ciudadanos comunes. La aplicación de estos estándares impulsará el Derecho al Desarrollo Humano, razonados desde la teoría Tridimensional del Derecho razonada por López Padilla, (pág.13, 95 y 96);¹³ ejemplificada por conveniencia de este modo: la dimensión normativa fortalecerá la ley vigente; la dimensión axiológica otorgará validez y legitimidad a las interpretaciones, la dimensión fáctica implementará el CIS en los ámbitos privado, público, clínico e investigación (hechos). El CIS afectará el marco legal que menciona explícitamente el Consentimiento y la Capacidad: en el Código Penal, art. 171, 196, 223, 224 y 272; Código Civil, art.13, 513, 556, 1553-1561, 1586 y 1587; Código de la Niñez y de la Adolescencia, art. 5, 11, 15, 22, y 147C); Ley Especial del VIH y su reglamento, art. 3, 62-64, 70.1-2, 98, 101 y 102; y el Acuerdo ARSA 041-2020. También favorece condiciones para la creación de instrumentos que protegen específicamente el derecho de los pacientes. Este conocimiento podrá surtir efectos en gobernabilidad y gobernanza desde las siguientes instancias: Secretaría de Salud, como prestadora y reguladora de los servicios clínicos privados y de investigación; por mandato constitucional de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su ley orgánica (art. 60); en el Poder Judicial, en los

casos que atienden los jueces (*iura novit curia*); en el Ministerio Público, responsable de la persecución penal *de oficio*; y con la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, tal como lo hacen sus homólogas en otros Estados.¹⁴

CONTRIBUCIONES

Todos los autores participaron en la concepción y elaboración del documento. GHC lideró la recolección de la información, análisis e interpretación de los resultados. Todos los autores redactaron el artículo, incorporaron las recomendaciones editoriales y aprobaron la versión final del artículo.

DETALLES DE LOS AUTORES

Glidden Howard Carrasco, Médico, Maestrante en Gerencia Social y Maestrante en Derecho Penal y Procesal Penal; glidden.carrasco@unah.hn

César Alejandro Carrasco, estudiante de 4 año, Licenciatura en Derecho, Universidad Católica de Honduras; cesa_carrasco@unicah.edu

Luís David Carrasco Ávila, estudiante de 1° año, Licenciatura en Física, Universidad Nacional Autónoma de Honduras; ldcarrasco@unah.hn

REFERENCIAS

1. Organización de los Estados Americanos. Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) [Internet]. Washington: OEA; 1978 [citado 8 marzo 2024]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
2. Corte Interamericana de los Derechos Humanos. CASO I.V. VS BOLIVIA [Internet]. San José, Costa Rica; 2016. p. 34–103.[citado 8 marzo 2024] Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf
3. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Poblete Vilches y otros vs Chile [Internet]. San José (CR): Corte IDH; 2018. p.26-64. [citado 8 marzo 2024].Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
4. Emmerich GE. Transparencia, rendición de cuentas, responsabilidad gubernamental y participación ciudadana. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. [Internet]. 2004 [citado 8 marzo 2024];2(4):67–90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/726/72620404.pdf>
5. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. New York: ONU; 2009. [citado 8 marzo 2024]. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n09/450/90/pdf/n0945090.pdf>
6. Pilshchikov I. El esquema comunicativo de Roman Jakobson entre lenguas y continentes: historia cruzada del modelo teórico. Rev Estud Social [Internet]. 2021 [citado 27 marzo 2024];(77):3–20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2021000300003
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo P. Informe de Desarrollo Humano en Honduras 2022 [Internet]. New York: PNUD; 2022. [citado 27 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/honduras/publicaciones/informe-de-desarrollo-humano-de-honduras-2022>
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Índice de Desigualdad de Género de Honduras por departamento [Internet]. Nueva York(US): PNUD; 2023 [citado 10 junio 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/honduras/noticias/indice-de-desigualdad-de-genero-de-honduras-por-departamento>
9. Jaramillo CIJ. Responsabilidad civil médica: La relación médico-paciente: análisis doctrinal y jurisprudencial [Internet]. Ediciones Olejnik; 2023 [citado 10 junio 2024]. Disponible en: https://books.google.at/books?id=hVb_EA-AAQBAJ
10. Guzmán F, Franco E, Morales de Barrios MC. El acto médico - Implicaciones éticas y legales. Acta Méd Colomb [Internet]. 2009[citado 8 marzo 2024];34(25):267–70. Disponible en: <https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1710/705>
11. Ramos Zúñiga R. Voluntad anticipada Una reflexión bioética en el contexto sociocultural [Internet]. Primera edición. México; 2022. [citado 23 marzo 2024].Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hugo-Lagunes-Servin/publication/366311749_VOLUNTAD_ANTICIPADA_DIGITAL_2022/links/63a31913a252ce252f5120c5/VOLUNTAD-ANTICIPADA-DIGITAL-2022.pdf#page=124
12. Galiano Maritan G. Reflexiones conceptuales sobre las categorías: persona, personalidad, capacidad y sujeto de derecho. Derecho y Cambio Social. [Internet]. 2013 [citado 8 marzo 2024];(31):1–12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5490737>
13. López Padilla JD. Legislación para el desarrollo humano sostenible: el enfoque de derechos humanos en el proceso de formación de normas legales para la gestión del Desarrollo Humano Sostenible [Tesis Doctoral en línea]. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2017. [citado 23 marzo 2024]. Disponible en: https://issuu.com/doctoradocssgd/docs/tesis_javier_david_lopez_padilla
14. Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (MX). Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores [Internet]. México: Conahcyt; 2024 [citado 10 junio 2024]. Disponible en: <https://conahcyt.mx/sistema-nacional-de-investigadores/>