

Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos del consentimiento informado en el contexto de la cirugía oncológica

Bioethical Foundations and Practical Aspects of Informed Consent in the Context of Oncological Surgery

Alberto Suárez Cuevas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0228-6706>

Odelay Gómez Marrero¹ <https://orcid.org/0000-0002-2167-4181>

Jorge Manuel Ramos Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-6610-5954>

¹Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: albertosuarezcuevas@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El consentimiento informado es un acto importante de la relación médico-paciente, constituye un proceso y un documento médico-legal-bioético trascendente de esta relación. En este sentido, el consentimiento se utiliza como una herramienta que favorece el diálogo y la comprensión durante el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Brindar un análisis y actualización del tema desde el contexto de la cirugía oncológica por la importancia de esta temática en la actualidad.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura relevante publicada sobre el tema en bases de datos PubMed, SciELO, Google Académico. Se priorizaron los últimos 5 años y los textos escritos en idiomas inglés y español. Se hizo énfasis en las palabras consentimiento, bioética y oncología. Se revisó un total de 35 artículos.

Desarrollo: La creciente demanda de terapias novedosas en la medicina, y aún más en la oncología, ha planteado nuevos dilemas éticos para la sociedad. La toma de decisiones en cuestiones de salud es un elemento central de la autonomía. Existen diversos conceptos de entorno al paciente quirúrgico que padece de cáncer.

Conclusiones: Aplicar la bioética a la práctica de la oncología permite acceder al escenario donde las decisiones pasan por un análisis ético. Cuando los principios bioéticos son ejercidos como un procedimiento habitual como es el consentimiento informado, la relación médico-paciente refleja acciones dirigidas a favorecer la comunicación, el respeto a la dignidad y el proceso al final de la vida.

Palabras clave: consentimiento informado; bioética; autonomía; cirugía oncológica.

ABSTRACT

Introduction: Informed consent is an important act of the doctor-patient relationship, it is a process and a medical-legal-bioethical document that is transcendent of this relationship. In this sense, consent is used as a tool that favors dialogue and understanding during surgical treatment.

Objective: Provide an analysis and update of the topic from the context of oncological surgery due to the importance of this topic today.

Methods: A review of the relevant literature published on the subject was carried out in PubMed, SciELO, Google Scholar databases, emphasizing the last 5 years, and in the English and Spanish languages, emphasizing the words consent, bioethics, and oncology. A total of 35 articles were reviewed.

Development: The growing demand for novel therapies in medicine and even more in oncology, has raised new ethical dilemmas for society. Decision-making in health matters is a central element of autonomy, there are various concepts related to the surgical patient suffering from cancer. Hence the importance of consent and motivation of this work.

Conclusions: Applying bioethics to the practice of oncology allows access to the scenario where decisions go through an ethical analysis. When bioethical principles are exercised as a regular procedure such as informed consent, the doctor-patient relationship reflects actions aimed at promoting communication, respect for dignity and the process at the end of life.

Keywords: informed consent; bioethics; autonomy; Oncologic surgery.

Recibido: 18/03/2023

Aceptado: 20/04/2023

Introducción

El consentimiento informado (CI) es un acto importante de la relación médico-paciente, constituye un proceso y documento médico-legal-bioético trascendente de esta relación. Su objetivo es que el paciente tenga un conocimiento suficiente que le permita actuar de manera autónoma a la hora de aceptar o no las diferentes alternativas que se le pueden ofrecer. Esta elección es aconsejable que quede plasmada en un documento específico, sobre todo cuando se refiere a procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes que puedan afectar de manera negativa la salud del paciente, como sucede con las intervenciones quirúrgicas, las técnicas intervencionistas o algunos tratamientos que se asocia a riesgos elevados de efectos secundarios graves. En este documento de CI se debería aportar una información suficiente sobre el procedimiento en cuestión y sobre sus riesgos potenciales que, de alguna manera, debería complementar y respaldar la información oral. Aun cuando hoy se pretenda presentar como novedoso, se trata de un tema que encuentra orígenes remotos y que en varios textos de historia de la medicina ocupa un lugar destacado.^(1,2,3)

La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente. En líneas generales, se considera que el consentimiento informado persigue respetar a la persona enferma en sus derechos y su dignidad; y asegurar y garantizar una información adecuada que le permita participar en la toma de decisiones que le afecten.⁽⁴⁾

La bioética consta de cuatro principios que pretenden dar contenido al esbozo moral que supone la declaración del valor y la dignidad de la persona: no maleficencia, beneficencia: autonomía o de libertad de decisión y de justicia. Cuando los principios bioéticos son ejercidos como un procedimiento habitual, la relación médico-paciente refleja acciones concretas dirigidas a favorecer el modelo de comunicación, la toma de decisiones, el respeto a la dignidad de la persona y el proceso al final de la vida.^(5,6,7,8)

Los avances en oncología en cualquiera de sus especialidades, así como en las áreas de la medicina relacionadas con ella: la farmacología clínica, la patología, la radiología, la algología, la anestesiología, la genética y la biología molecular han permitido que más pacientes sobrevivan a la enfermedad por tiempos más prolongados y/o en mejores

condiciones. En ocasiones estos logros científicos son motivo de polémica que invitan a reflexionar. La certeza moral en temas como integridad y proporcionalidad de medios, requieren de ardua reflexión, por eso es necesario acercarse a los expertos de forma plural, no solo a científicos en áreas de la salud, sino a expertos en derecho, filosofía, pedagogía y áreas afines que proporcionen una visión integral sobre la repercusión del acto médico.⁽⁹⁾

Los valores éticos que sustentan el ejercicio de la medicina deben tender a enaltecer la moral y buscar situaciones de justicia, ya que vivir en comunidad expresa una intersubjetividad que no puede ser truncada por enfermedades como el cáncer. En este sentido, el proceso de consentimiento informado se utiliza como una herramienta que favorece el diálogo y la comprensión entre médicos y pacientes durante el tratamiento en un camino compartido.⁽¹⁰⁾

El médico que atiende un enfermo oncológico está siempre urgido a tomar decisiones. El cirujano con mayor dramatismo y responsabilidad, por la agresión que implica sobre el cuerpo del paciente, la inmediatez con que es necesario actuar ante las complicaciones que surgen en un mesa operatoria, muchas veces de vida o muerte, decide en qué momento realizar una cirugía radical y cuando solo efectuar una cirugía paliativa, venciendo el orgullo quirúrgico de erradicar completamente un tumor, por una actitud humilde por el bien del paciente, por no poner en riesgo su vida, es decir, cumpliendo el principio bioético de “no hacer daño”.⁽¹¹⁾

Humanizar la asistencia oncológica es el gran reto de la Oncología del siglo XXI. El cirujano oncólogo asiste, y asistir significa detenerse junto al enfermo y su entorno personal. Porque el cáncer habita en el paciente, sujeto moral de un encuentro médico; un encuentro de dos realidades subjetivas: paciente y médico. Y las decisiones de estos dos sujetos morales deben ser compartidas y adecuadas para cada paciente. De ahí parte la importancia del consentimiento y lo que motivó a la realización de este trabajo con el objetivo de brindar un análisis y actualización del tema desde el contexto de la cirugía oncológica por la importancia de esta temática en la actualidad.

Desarrollo

Desde tiempos remotos, la sociedad y los médicos se han preocupado por los aspectos morales de la práctica médica. El Código de Hammurabi y el Juramento Hipocrático destacan

como documentos que regulaban la actividad del personal de salud con la intención de realizar una buena práctica, como se indica en el libro hipocrático *Epidemias*: “Declara el pasado, diagnostica el presente y augura el futuro”.⁽⁹⁾

El médico griego Hipócrates insistió en la necesidad de mantener una conducta profesional de alto contenido ético y legó su juramento, referencia obligada en el terreno deontológico. El documento recoge principios aún valederos en el ejercicio profesional: reflexiona y considera aspectos relacionados con la conducta profesional del médico, constituye uno de los escritos más influyentes y es punto de partida en el análisis ético del ejercicio de las actividades de las Ciencias de Salud.⁽⁹⁾

La medicina es una de las profesiones más antiguas de la humanidad cuya razón esencial es la curación de los enfermos. Sin embargo, “la historia del consentimiento informado, considerando la delimitación conceptual del término realizada por diversos autores, se puede considerar como reciente, pues se inicia a partir de la mitad del siglo xx”. En los inicios de la medicina se evidenciaba un modelo paternalista de la relación médico-paciente que se fortaleció con el juramento hipocrático, en ese momento no era posible hablar de la exigencia del consentimiento informado.⁽¹²⁾

La medicina en Cuba goza de gran prestigio y reconocimiento nacional e internacional. Ello obedece a la admirable labor que sus galenos realizan con altruismo y los diversos avances que obtiene el país en esta rama. El acceso y la cobertura universales de salud descansan sobre tres principios clave: la salud como derecho humano, la equidad y la solidaridad. Los médicos cubanos –con pocos recursos, pero con mucha preparación y humanismo– son capaces de salvar vidas en cualquier parte del mundo. Estos son solo algunos de los elementos que sustentan la confianza de la población cubana hacia los profesionales de este sector y el predominio de un modelo de marcado tinte paternalista.^(12,13)

Lo anterior se traduce en una primacía del principio de beneficencia sobre el de autonomía, dos aspectos importantes a tener en cuenta durante el proceso de consentimiento. Culturalmente la población cubana tiende a acatar las opiniones de los galenos y estos disfrutaban de la libertad de ejecutar los actos que consideren necesarios en beneficio del paciente.⁽¹²⁾

Se considera a la autonomía de la voluntad de las personas como un derecho constitucional, por lo que la sociedad cubana puede hacer uso de la libre decisión y la autodeterminación.

En el preámbulo de la Constitución de la República de Cuba (2019) se cita al Apóstol nacional José Martí, quien expresó: “Yo quiero que la Ley primera de la República sea el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre”.^(12,14)

El consentimiento informado, más que un documento formal, es un modelo de una virtuosa relación entre los profesionales de salud y los pacientes (y familiares), donde el respeto por la autonomía y autodeterminación del sujeto afectado por la enfermedad, es el principio más importante en el proceso de decisión del paciente acompañado por el médico. Es en este contexto en el que médicos y profesionales de la salud deben mejorar sus habilidades de comunicación, de tal forma que se privilegie el derecho del paciente de elegir lo mejor para él o ella, basado en sus principios, filosofía, religión, creencias y características personales.^(2,15,16)

Definición de consentimiento informado. El acuerdo de voluntades entre médico y paciente en el que el primero realiza una propuesta de plan médico o quirúrgico, informa riesgos, beneficios y solicita autorización para atender urgencias y contingencias derivadas del acto autorizado seguido de la aceptación y firma del paciente (o de su representante en caso necesario), médico y dos testigos.^(16,17,18,19)

El Informe Belmont, elaborado en 1978 por la Comisión Interamericana para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica, estableció tres principios básicos: respeto a la persona, justicia y beneficencia. A su vez, tiene tres objetivos fundamentales:⁽²⁰⁾

1. Informar al sujeto participante de una manera adecuada.
2. Constatar que el participante ha sido informado.
3. Establecer la decisión libre del sujeto a participar en la investigación.

Con el escrito del consentimiento informado se verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el profesional responsable de su tratamiento. Dicho consentimiento informado se debe custodiar dentro de la historia clínica del paciente, ya que ostenta un valor probatorio ante de cualquier discrepancia o futura reclamación. Pero en ningún caso, la firma del consentimiento informado supone la exoneración del profesional ante una responsabilidad por mala praxis. Son dos conceptos diferentes.⁽²⁰⁾

Por la importancia y frecuencia del CI en ciertas situaciones cabe destacar escenarios con particularidades específicas: I. Urgencias; II. Ingreso hospitalario; III. Investigación.⁽¹⁸⁾

I. *Urgencias.* La urgencia es todo problema médico-quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. En caso de urgencia o de incapacidad del paciente, el consentimiento puede ser suscrito por el familiar o representante legal. En este caso no es ético ni legal (en ausencia de familiares o representantes legales) dejar al paciente sin la atención requerida o retardar la misma.

II. *Ingreso hospitalario.* El ingreso hospitalario inicia la generación de derechos y obligaciones para las partes (médico-paciente, paciente-institución, médico-institución). En este momento el usuario debe signar autorización escrita para la práctica de los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios. Posterior al ingreso, cada acto que ponga en riesgo al paciente debe ser precedido del consentimiento informado.

III. *Investigación.* En el contexto de investigación en salud, las normas, cantidad y calidad de la información intercambiada entre las partes se amplía para exponer claramente los objetivos de la experimentación y posibles consecuencias (positivas o negativas) para su salud con la salvaguarda del respeto a su dignidad, sus derechos y bienestar.

La creciente demanda de terapias novedosas en la medicina y aún más en la esfera de la oncología, ha planteado nuevos dilemas éticos para la sociedad. Ser competente para la toma de decisiones en cuestiones de salud es un elemento central de la autonomía. Al respecto se han iniciado sustanciosos debates, especialmente en el concepto de autonomía del paciente para acceder a los tratamientos en ensayos clínicos y en casos especiales de discapacidades; en el primer caso se debe analizar las implicaciones de la autonomía para los pacientes, los investigadores y las autoridades reguladoras y en el contexto de la discapacidad debe analizarse desde el significado de los apoyos.^(21,22,23)

El escenario de los ensayos clínicos. Un ensayo clínico es una evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica, que a través de su aplicación a seres humanos pretende evaluar su eficacia y seguridad. Las buenas prácticas

clínicas establecen que los pacientes que participan en estudios para evaluar nuevas variantes terapéuticas deben dar su consentimiento de forma voluntaria, libre y sin coacción.⁽²³⁾

La obtención del consentimiento informado comienza con el contacto inicial con el potencial paciente y continúa durante el estudio. Los investigadores solicitan el consentimiento mediante la información, repetición y explicación a sus preguntas a medida que surjan, lo que asegura que cada individuo entiende todos los procedimientos. Con esto, los investigadores manifiestan respeto por la dignidad y autonomía de las personas. Se debe dar tiempo a cada individuo para que tome una decisión, y consulte a los miembros de su familia.⁽²³⁾

Asistencia al final de la vida. La asistencia de los pacientes al final de su vida ha acaparado una creciente atención en los últimos años. En el primero de una serie de artículos respecto a los cuidados paliativos escrita por cirujanos en el *Journal of the American College of Surgeons*, Dunn y Milch han explicado que los cuidados paliativos proporcionan al cirujano “una nueva oportunidad de volver a equilibrar la determinación con la introspección, el desapego con la empatía”. También señalan que, aunque los cirujanos podrían apreciar de forma cognitiva la necesidad de prestar cuidados paliativos, también presentan a los cirujanos desafíos emocionales difíciles y ambigüedades. A menudo los médicos sufrimos una reacción emocional de fracaso cuando los pacientes que van a morir en breve buscan calidad de vida, en vez de cantidad, y con frecuencia tomamos decisiones que empeoran el problema por no preguntar al paciente sus deseos fundamentales.^(24,25)

En un estudio controlado de pacientes con cáncer de pulmón avanzado, los asignados aleatoriamente a recibir una intervención de cuidados paliativos tuvieron mejor calidad de vida y vivieron 2 meses más del promedio. Para mejorar la calidad de la atención al final de la vida, debemos hacer que la integración temprana de los cuidados paliativos esté disponible para un mayor número de pacientes. Además, tenemos que mejorar las vías de atención, especialmente para los pacientes con cáncer gastrointestinal y de pulmón, que continúan ingresados con frecuencia en el hospital.^(24,25,26,27)

Reanimación en el quirófano. Uno de los aspectos más comprometidos de la asistencia al final de la vida en el paciente quirúrgico tiene que ver con la reanimación. Las decisiones informadas sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) exigen que los pacientes comprendan de forma precisa su diagnóstico, su pronóstico, la probabilidad de éxito de la

RCP en su situación y los riesgos implicados. Los cirujanos rechazan a veces aceptar la solicitud del paciente de no ser reanimado cuando el paciente considera una intervención quirúrgica. Los pacientes con enfermedades terminales pueden desear una intervención quirúrgica por motivos paliativos, alivio del dolor o accesos vasculares, aunque no deseen la reanimación si sufren una parada cardíaca.⁽²⁴⁾

El *American College of Surgeons* y la *American Society of Anesthesiologists* han rechazado la suspensión unilateral de las órdenes de no reanimar en la intervención quirúrgica sin discutirlo con el paciente, pero algunos médicos creen que los pacientes no pueden someterse a una intervención quirúrgica sin ser reanimados y ven la orden de no reanimar como “una petición no razonable que menoscaba el modelo asistencial”.⁽²⁴⁾

Limitación del esfuerzo terapéutico. Con este concepto se suele hacer referencia a la retirada o no instauración de un tratamiento, porque, a juicio de los profesionales sanitarios implicados, el mal pronóstico del paciente lo convierte en algo innecesario que sólo contribuiría a prolongar en el tiempo una situación clínica que carece de expectativas razonables de mejoría. Este término es confuso y debe evitarse, ya que no se trata en absoluto de ninguna limitación de tratamientos, sino de una reorientación en los objetivos.⁽²⁸⁾

Obstinación terapéutica. Consiste en la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de alargar de forma innecesaria la vida. Estas medidas pueden llamarse también tratamientos inútiles o fútiles. La aplicación por parte del médico de estos tratamientos, generalmente con objetivos curativos, son una mala práctica médica y una falta deontológica.⁽²⁸⁾

Las causas de obstinación pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta de formación, la demanda de paciente y familia o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica. Entre sus consecuencias, podemos destacar la frustración de los profesionales y de los pacientes y sus familiares, además de la ineficiencia debida al uso inadecuado de recursos. Es preferible evitar el término “encarnizamiento” porque presupone una cierta intencionalidad negativa por parte de quien lo efectúa.⁽²⁸⁾

Abandono. Se trata de la falta de atención adecuada a las necesidades del paciente y su familia. Entre sus motivos destacan la falsa idea de que “ya no hay nada que hacer” y una

formación insuficiente en cuidados paliativos, así como el miedo o sensación de fracaso del profesional.⁽²⁸⁾

Es el otro extremo de la obstinación y constituye, igualmente, una falta deontológica y una mala práctica médica. Probablemente muchas de las demandas de eutanasia son realmente deseos anticipados de morir, que pueden tener su origen en un mayor o menor abandono por parte de quienes deberían atenderle desde un punto de vista profesional y humano.⁽²⁸⁾

“Buena práctica” médica. En la atención al final de la vida, podemos considerar buena práctica médica la dirigida a conseguir unos objetivos adecuados, basados en la promoción de la dignidad y la calidad de vida del paciente.^(28,29,30)

Los medios para ello comprenden la atención integral al paciente y familiares, el control óptimo de los síntomas, el soporte emocional y una comunicación adecuada. Todos estos principios constituyen la esencia de los cuidados paliativos. La buena práctica médica incluye, asimismo, la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación como el abandono, el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida.^(28,29,30)

Morir con dignidad. Dado que la muerte ocurre en un solo instante, “morir dignamente” supone vivir dignamente hasta el último momento. Ello requiere la consideración del paciente como ser humano hasta el momento de la muerte, el respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial.⁽²⁸⁾

Comúnmente se asocia el hecho de morir con dignidad cuando no existe dolor ni otros síntomas relevantes. Pero hay que tener en cuenta otros factores igualmente importantes, como la presencia de sus seres queridos y en un entorno amable. El término “muerte digna”, muy utilizado últimamente, parece confuso porque hace referencia a un instante y el morir es un proceso.⁽²⁸⁾

Suicidio médicamente asistido. Consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un paciente competente que no pueda realizarlo por sí mismo debido a limitaciones de carácter físico. En este caso, el galeno le proporciona la medicación necesaria para que el propio paciente se la administre.⁽²⁸⁾

Eutanasia. Entendemos que el concepto de eutanasia debe incluir exclusivamente la acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que tiene

una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y reiterada de esta. Aunque etimológicamente signifique “buena muerte”, actualmente es un término circunscrito a la definición anterior.^(28,31,32,33)

La Asociación Médica Canadiense declaró que la legalización de la asistencia médica al morir es “el cambio más profundo en la práctica médica en los tiempos modernos”. La Corte y el Parlamento canadiense hicieron que esta opción de final de vida esté disponible para personas competentes que deciden libremente y tras ser asesorados sobre otras opciones desean renunciar a su vida, a la vez que se plantea para proteger la vida de aquellas personas que no son capaces de tomar una decisión tan grave o que estarían equivocadas o presionadas a actuar en contra de su deseo de vivir.⁽³⁴⁾

A fines de diciembre de 2019, más de 13 000 canadienses murieron con asistencia médica; sin embargo, en el 2020 alrededor de 10 000 de esos casos no existían pruebas de acceso público de que se hayan respetado los criterios de elegibilidad y las garantías prescritas por la ley.⁽³⁴⁾

Con el aumento en la esperanza de vida a nivel mundial, aumenta también la complejidad de la atención de enfermos terminales y los dilemas éticos relacionados. La eutanasia es uno de los grandes temas de la bioética al que se tienen que enfrentar los médicos en su práctica. Sin embargo, es un tópico que hasta hoy permanece alejado del debate público.^(32,33,35)

Conclusiones

Aplicar la bioética a la práctica de la oncología permite acceder al escenario donde las decisiones pasan por un análisis ético. Cuando los principios bioéticos son ejercidos como un procedimiento habitual, como es el consentimiento informado, la relación médico-paciente refleja acciones concretas dirigidas a favorecer la comunicación, la toma de decisiones, el respeto a la dignidad de la persona y el proceso al final de la vida.

Referencias bibliográficas

1. Bestard-Pavón L, Barrero-Viera L, Suarez-Rivero B. El consentimiento informado en la actividad médica de enfrentamiento a la COVID-19. Revista Cubana de Medicina Militar.

- 2021 [acceso 13/03/2023];50(3). Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/979>
2. Sanz Á, Barón F, Del Valle ML. Consentimiento informado en procesos compartidos. Cuadernos de Bioética. 2022. 33(108):149-56. DOI: <https://dx.doi.org/10.30444/CB.120>
3. De Brigard Pérez, Ana María. Consentimiento informado del paciente. Rev Col Gastroenterol. 2004 [acceso 13/03/2023];19(4):277-80. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572004000400009&lng=en
4. García Cañete IM, Enamorado Anaya AR. El consentimiento informado en la práctica médica asistencial. Reflexiones, conocimiento y aplicación. Revista Científico-Educacional de la provincia de Granma (ROCA). 2020 [acceso 13/03/2023];16(1):380-9. Disponible en:
<https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/1492>
5. Calderón BMC. La relación médico-paciente: la base bioética de la experiencia ante el cáncer. Rev CONAMED. 2019 [acceso 13/03/2023];24(1):35-9. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2019/cons191e.pdf>
6. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010 [acceso 13/03/2023];22:121-57. ISSN:0718-9273. DOI:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
7. Trápaga Soto MA. La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria. Arch Inv Mat Inf. 2018 [acceso 13/03/2023] ;9(2):53-9. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2018/imi182c.pdf>
8. Mesa-Trujillo D, Espinosa-Ferro Y, García-Mesa I. Reflexiones sobre bioética médica. Rev. Med. Electrón. 2022 Abr [acceso 14/03/2023];44(2):413-24. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000200413&lng=es
9. Pérez Amador del Cueto M, Ochoa Carrillo FJ. Ética en oncología, Gaceta Mexicana de Oncología. 2016;15(4):193-4. ISSN 1665-9201. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.09.001>
10. García-González DE, Rueda-Romero XA. Cáncer: Una perspectiva de la dignidad humana y el consentimiento informado desde la ética y la justicia. Rev. salud pública. 2020 [acceso 13/03/2023];22(3):325-9. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/84536>

11. García GF, Malpica CC. Reflexiones ante dilemas bioéticos que surgen en la interacción cirujano paciente quirúrgico oncológico. *Revista Venezolana de Oncología*. 2016 [acceso 13/03/2023];28(1):68-75. ISSN: 0798-0582. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375643222010>
12. Momblanc LC, Mendoza Pérez JC. El consentimiento informado y la autonomía del paciente en Cuba. Un binomio indispensable. *Opin. jurid.* 2021;20(42):321-47. DOI: <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n42a13>
13. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño C, Valdivia Onega NC, Druyet Castillo D, *et al.* Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e25. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>
14. Constitución de la República de Cuba, 2019. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) [acceso [14/03/2023]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.org/clacso/se/20191016105022/Constitucion-Cuba-2019.pdf>
15. Ortiz PA, Burdiles O. Consentimiento informado. *Rev Med Clin Condes*. 2010;21(4):644-52. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70582-4](https://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70582-4)
16. Vázquez Guerrero AR, Ramírez Barba EJ, Vázquez Reta JA, Cota Gutiérrez F, Gutiérrez Muñoz JA. Consentimiento informado. ¿Requisito legal o ético? *Cir. gen.* 2017 [acceso 15/03/2023];39(3):175-82. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000300175&lng=es
17. Hernández Paulsen G, Chahuán Zedan F. Consentimiento informado en las prestaciones de salud. *Acta bioeth.* 2021 Jun; 27(1):17-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2021000100017>
18. Serrano Franco FJ. El consentimiento informado como un continuo narrativo. *RBD*. 2022 [acceso 15/03/2023];(54):83-102. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/36542>
19. González W. Dimensiones bioéticas y jurídicas del consentimiento informado en la práctica asistencial en salud en Colombia. 2022. [acceso 15/03/2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/8898>

20. Urosa Claudio L. El consentimiento informado en la investigación clínica. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. 2017 oct [acceso 15/03/2023];15(3):166-8. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102017000300001&lng=es
21. Papakonstantinou T, Kolettis T. Investigational Therapies and Patients' Autonomy. Can J Bioeth. 2020 [acceso 14/03/2023];3:115-7. DOI: <https://doi.org/10.7202/1073786ar>
22. Arcos-Orozco BA, Casas-Martínez ML, López-Roldán VM, Martínez Bullé-Goyri VM. Recomendaciones bioéticas respecto al consentimiento informado de personas con discapacidad. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2021 [acceso 14/03/2023];59(5):447-56. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4084/428
PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34919369/>
23. Morales Yera RA, Sierra Pérez L, Alonso Mariño OL. Bioética y consentimiento informado en pacientes con cáncer incluidos en ensayos clínicos. Mediacentro Electrónica. 2017 Dic [acceso 17/03/2023];21(4):346-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000400010&lng=es
24. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM. Sabiston. Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20 edición. España: Elsevier;2018 [acceso 13/03/2023];2(2):21. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/browse/book/3-s2.0-C20160026128>
25. Laucirica-Hernández CO, García-Güell A, Castro-Junco I, Abreu-Alonso D, Herrera-Suárez A, Sangroniz-Viart T. Cuidados paliativos al final de la vida: visión comparativa en dos décadas. Rev. Med. Electrón. 2022 Oct [acceso 18/03/2023];44(5):834-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000500834&lng=es Epub 31-Oct-2022.
26. Bergqvist J, Ljunggren G. The Impact of Integrated Home Palliative Care Services on Resource Use and Place of Death. J Palliat Med. 2020 Jan;23(1):67-73. DOI: <http://doi.org/10.1089/jpm.2018.0639>
27. Martínez Ríos I, López Alonso SR, Martín Caravante S, Morales Infante L, Soriano Ruiz SI, Martínez García AI. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio. An Sist Sanit Navar. 2019;41:321-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0314>

28. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández JL, *et al.* Atención médica al final de la vida: Conceptos. Rev. Soc. Esp. Dolor 2010 Abr [acceso 18/03/2023];17(3):177-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000300007&lng=es
29. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. Enfermería. 2016 Dic [acceso 18/03/2023];5(2):46-53. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200007&lng=es
30. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, *et al.* Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112. DOI: <http://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474>
31. Merchán-Price J. La eutanasia no es un acto médico. Pers. bioét. 2008 June [acceso 17/03/2023];12(1):42-52. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100005&lng=en
32. Gherardi CR. Eutanasia. Medicina (B. Aires). 2003 Ene [acceso 13/03/2023];63(1):63-9. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000100015&lng=es
33. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo O. Cirugía Tomo 1. Generalidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2018;1(2):30-2. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-1- Generalidades/>
34. Kotalik J. Medical Assistance in Dying: Challenges of Monitoring the Canadian Program. Can. J. Bioeth. 2020;3:202-9. DOI: <https://doi.org/10.7202/1073799ar>
35. Carrasco VH, Crispi F. Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. Rev. méd. Chile. 2016 Dic;144(12):1598-604. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001200012>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.