

**BOLETÍN DERECHO Y VIDA N. 68**  
**Noviembre de 2007**  
**APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO ILUSTRADO**

Jorge Iván Herrera Moreno<sup>1</sup>

El término tradicionalmente utilizado por la doctrina es el de consentimiento informado, que comprende las dos obligaciones que en ese aspecto son exigibles al médico en ejercicio de su profesión<sup>2</sup>: la obligación de informar y la de obtener el consentimiento previo del paciente. Son obligaciones diferentes, con respecto a las cuales se pueden presentar varias hipótesis de cumplimiento<sup>3</sup>, aunque están estrechamente relacionadas en la medida en que “únicamente sobre la base de una información asistencial correcta puede a su vez satisfacerse el derecho del paciente a consentir en forma consciente”<sup>4</sup>. Además, varían sustancialmente en su naturaleza y la forma de su ejecución, lo cual merece un estudio separado de cada una de ellas.

Para construir un concepto de consentimiento informado, además de tener en cuenta esas obligaciones, se debe considerar especialmente la naturaleza de la relación en la que se exige su cumplimiento. Al respecto, se observa que la relación médico-paciente se desarrolla en varias etapas: de consulta, de exámenes o diagnóstica, procedimental y de rehabilitación o de recuperación. Por lo general, tratándose de la medicina asistencial o necesaria, el paciente acude al médico cuando padece un problema de salud. El galeno observa cuál es la sintomatología de la patología y realiza un diagnóstico, previo a la práctica o no de ciertos exámenes. Esos exámenes pueden implicar en ocasiones una intervención sobre el cuerpo del paciente, como en aquellos casos en que se debe extraer un tejido u otro material biológico. Una vez se pueda establecer la naturaleza del mal que aqueja al paciente, procederá a escoger el tratamiento o procedimiento que se puede seguir para cumplir el fin deseado: sea para prevenir o mermar el desarrollo de una enfermedad,

---

<sup>1</sup> Abogado de la Universidad Externado de Colombia. Investigador del Centro de Estudios sobre Genética y Derecho de la misma Casa de Estudios.

<sup>2</sup> Aunque en el presente escrito nos referiremos a la actividad del profesional de la medicina, es claro que el término consentimiento informado tiene aplicación en todas las demás profesiones relacionadas con la prestación de servicios de salud, como la enfermería o la odontología.

<sup>3</sup> La situación ideal es que el médico solicite el consentimiento del paciente previo al suministro de una información completa, comprensible y veraz. Sin embargo, puede suceder que el médico a pesar de haber suministrado la información, no haya obtenido la aprobación del paciente para la realización del respectivo acto clínico; o que haya obtenido la aceptación del paciente, pero sin haberle suministrado la información que es presupuesto para que esa decisión sea válida para el derecho. Puede suceder igualmente que el médico haya realizado la intervención sin haber cumplido ninguna de las dos obligaciones. La doctrina propone un último caso: el médico obtuvo la aprobación del paciente para el respectivo acto médico sin haber suministrado previamente la información respectiva, pero el paciente al momento de tomar su decisión estaba lo suficientemente informado al haber obtenido esa información por otras fuentes.

<sup>4</sup> ARCOS VIEIRA, María Luisa. *Responsabilidad sanitaria por incumplimiento del deber de información al paciente*, Ed. Aranzadi, Pamplona, 2007, pag. 16.

para la curación de ella o para brindar cuidados paliativos; o podrá decidir no optar por ninguno. Finalmente, encontramos la etapa de recuperación o rehabilitación.

En todas estas etapas se desarrolla un *proceso de comunicación* en el que el médico debe brindar al paciente información dependiendo de las prestaciones que deban ejecutarse, e igualmente, el paciente tiene un deber de información y un poder de toma de decisión. De ese modo, en cada una de esas fases permanece la obligación de informar o ilustrar y de obtener el consentimiento del paciente, aunque su contenido varié en la medida en que la labor exigible del médico sea de diferente naturaleza. Las etapas de la relación a las que nos referimos concretamente son:

— *Etapa diagnóstica*. En esta fase el médico debe suministrar información al paciente sobre su estado de salud, específicamente sobre la lesión o enfermedad que lo aqueja en ese momento preciso<sup>5</sup>. La prestación fundamental de esta etapa es el suministro de la correspondiente información, pues sin ella el paciente no podrá tomar hacia el futuro una decisión sobre su salud. En ocasiones esta fase puede implicar la práctica de intervenciones de carácter invasivo o de alto riesgo. Es tal su importancia que en ocasiones se celebran contratos de prestación de servicios de salud que tienen por objeto exclusivo que se determine cuál es la enfermedad o lesión que padece la persona o, con base en las nuevas biotecnologías, el embrión o feto en formación.

Los deberes de información —al igual que en todas las demás etapas— son recíprocos. El paciente debe suministrar toda la información solicitada por el médico que favorece la obtención de un diagnóstico acertado, como puede ser la referente a las enfermedades que actualmente padece o que padeció (él o sus familiares cercanos), su modo y calidad de vida, su predisposición a ciertas enfermedades o los tratamientos a los que se ha sometido antes. Por su parte, el médico debe informarle cuál es la enfermedad o lesión que sufre y todos los aspectos que al respecto sean importantes, como su naturaleza, sus implicaciones, la evolución esperada, su índice de morbilidad y mortalidad, entre otras. Y, en la actualidad, además, la doctrina resalta el derecho a no saber, conforme al cual el paciente puede renunciar a recibir la información concerniente a enfermedades o lesiones que puedan ser descubiertas en razón de los exámenes que se le practicaron o se le practicarán.

En esta etapa desde el principio el médico deberá contar con el consentimiento del paciente. En algunos casos, el consentimiento puede ser tácito, como en aquellos en los que se practican exámenes rutinarios, en los que el paciente voluntariamente sigue indicaciones sencillas del galeno que no implican riesgo alguno, como abrir la boca, respirar fuerte o dejarse palpar o auscultar. En otras ocasiones, por la naturaleza del

---

<sup>5</sup> Antes de la etapa diagnóstica podríamos referirnos a una faceta predictiva y a una preventiva. En la primera, los avances de la medicina permiten predecir la aparición de enfermedades en un individuo, por ejemplo, a través de exámenes genéticos; mientras que en la segunda se pretende principalmente que el individuo adopte hábitos de vida saludables dirigidos a evitar el apareamiento de enfermedades, teniendo en cuenta factores como la edad, profesión, antecedentes familiares, modo de vida, entre otros.

procedimiento diagnóstico, la obligación de información y de obtención del consentimiento es más exigente, como cuando el procedimiento implica la utilización de anestesia, la práctica de pequeñas intervenciones quirúrgicas, la extracción de tejidos o la incursión en zonas íntimas.

Una falla del centro médico en el suministro de esa información sobre el diagnóstico —no necesariamente derivada de un error técnico— abrirá la posibilidad de promover un juicio de responsabilidad civil contra el galeno o la institución de salud. Un ejemplo que cobra especial relevancia en nuestros días es el diagnóstico prenatal que —como su nombre lo indica— es una técnica dirigida a detectar de manera temprana anomalías en la formación del feto, pues con base en los resultados obtenidos la mujer podrá decidir si continúa con su embarazo o si lo interrumpe, en caso de que la alteración revelada ponga en peligro su vida o su salud o haga inviable la existencia de ese ser en formación<sup>6</sup>. Otro ejemplo son los casos recurrentes en los que se diagnostica a una persona una enfermedad (v. gr., SIDA), se inicia el respectivo tratamiento, que en algunos casos puede ser invasivo (v. gr., medicamentos que tienen efectos secundarios pronunciados o alteran otros órganos y funciones corporales), pero tiempo después —meses o años— se descubre que el diagnóstico inicial no fue el correcto y la persona no padecía tal enfermedad.

— *Etapa procedimental*. Una vez establecida la perturbación en la etapa diagnóstica, el paciente debe tomar una decisión al respecto, para lo cual el médico deberá brindar información sobre las consecuencias de no actuar y sobre las alternativas que ofrece la medicina actual para el tratamiento de la enfermedad o lesión, o en su caso, para aminorar sus consecuencias (v. gr. cuidados paliativos) y detener su desarrollo. Por su parte, el paciente, por ejemplo, deberá informar cuál es el grado de afectación en su cuerpo o modo de vida que está dispuesto a asumir, de manera que no se menoscaben sus condiciones de vida digna.

Para el tratamiento de una enfermedad o lesión existen diversos recursos médicos que pueden ser aplicados de forma exclusiva o en conjunto, como lo son las intervenciones quirúrgicas, el suministro de medicamentos, la realización de terapias, las sesiones de psiquiatría o psicología, entre otras. En lo que se refiere a los procedimientos o intervenciones, aunque también es aplicable para el tratamiento en general, la información que se debe brindar al paciente versará sobre los siguientes aspectos:

— NATURALEZA. Es la descripción del procedimiento. El médico debe explicar al paciente en qué consiste la respectiva operación.

---

<sup>6</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. M.P. Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas. En la parte resolutoria de esa sentencia dicha Corporación textualmente expresó que no se incurre en delito de aborto “cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida”, con lo cual con respecto a esa hipótesis restringió la posibilidad de aborto a los casos en que existe la probabilidad médica de la muerte del mismo feto, excluyendo de esa forma las hipótesis en que esas malformaciones puedan generar la muerte del ser humano tiempo después —meses o años— de haber nacido. Se advierte igualmente que solamente se refirió a las malformaciones que generen la posibilidad de muerte y no a aquellas que, aunque permiten la existencia biológica del feto o de la persona, determinan unas difíciles condiciones —podríamos decir condiciones indignas— de existencia en su vida futura.

— OBJETIVOS. Es la información acerca de la finalidad del procedimiento. El médico debe ser claro al informar si el procedimiento es simplemente diagnóstico, de carácter preventivo, si pretende remediar la enfermedad del paciente o si es paliativo.

— RIESGOS PREVISIBLES. El médico debe informar los efectos de la intervención que es *previsible* —según el estado actual de la técnica— se puedan presentar como consecuencia de la intervención, ya sea durante su desarrollo o posteriormente. Este aspecto comprende las complicaciones en el desarrollo y luego de la operación, y en general, todas las contingencias que pueden tenerla a ella como causa.

— CONSECUENCIAS. Son aquellos efectos negativos que *inevitablemente* se producen por la realización del procedimiento, que afectan la salud del paciente y el desarrollo de su vida cotidiana, tanto en el aspecto individual como social. Puede haber efectos a corto, mediano y largo plazo, así como efectos que subsisten durante toda la vida del paciente. Pueden ser de carácter estético, psicológico, funcional o de cualquier otra índole. Son ejemplos de este aspecto la incapacidad laboral, la pérdida física o perturbación funcional de un miembro, la disminución de la expectativa de vida, la utilización de prótesis u aparatos y la prohibición de la realización de ciertas actividades.

De lo anterior se infiere que mientras el aspecto de los riesgos se refiere a los efectos de carácter previsible que pueden ocurrir o no, el aspecto de las consecuencias apunta a los efectos que se presentan necesariamente por la realización del procedimiento, en ambos casos teniendo en cuenta la naturaleza de la intervención y las especiales condiciones del paciente.

— VENTAJAS Y BENEFICIOS. Los dos aspectos mencionados antes se refieren a los efectos negativos del procedimiento, pero es también importante informar sus ventajas y beneficios, pues la ponderación que hace el paciente de esos aspectos contrapuestos es uno de los elementos que determinarán su decisión definitiva.

— PRONÓSTICO. El médico debe informar al paciente cuál probablemente será el resultado esperado luego de realizada la intervención. Se refiere tanto a la evolución de la enfermedad como al estado general de salud del paciente. El médico no está obligado a que el pronóstico —como lo indica el término— se cumpla exactamente, pero debe ser aproximado teniendo en cuenta el estado actual de la ciencia médica en ese campo.

— REHABILITACIÓN O RECUPERACIÓN. El médico deberá informar previamente al paciente cuál es la forma de recuperarse de los riesgos previsibles que lleguen a realizarse y de las consecuencias de la intervención, con todo lo que ello implica (tiempo, incapacidad, terapias, restricción de actividades, alimentos, etc.).

— NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO. El paciente siempre tendrá la alternativa de no optar por ningún tratamiento o procedimiento, razón por la que el galeno deberá informar cuáles serían los efectos de esa decisión. Para suministrar esa información deberá realizar un pronóstico sobre la evolución natural que —sin intervención alguna— seguramente tendrá la enfermedad o lesión, con las consecuencias que se derivarán para la salud y calidad de vida del paciente. Esta opción siempre presente tiene como consecuencia que en los juicios de responsabilidad civil por incumplimiento de la obligación de informar o de obtener el consentimiento del paciente no sea de recibo aquella defensa del demandado (el médico) según la cual solamente

existía un recurso médico posible para el tratamiento de la enfermedad o lesión, que fue el practicado al demandante sin su consentimiento o sin el suministro de la correspondiente información, y que por consiguiente, a él tenía que someterse inevitablemente.

— *Etapa de recuperación o rehabilitación.* En esta etapa el médico deberá suministrar o reiterar toda la información relativa a los cuidados postoperatorios y a las recomendaciones para una exitosa recuperación o rehabilitación. En algunos casos también podrán presentarse diferentes alternativas para desarrollar esta etapa, que puede ser más o menos extensa en el tiempo. Igual que en las otras fases, deberá siempre contarse con la voluntad del paciente, previo el suministro de toda la información al respecto.

Luego de la breve descripción de las etapas en las que generalmente se desarrolla la relación médico-paciente, teniendo en cuenta que pueden variar dependiendo de la naturaleza de la enfermedad o lesión que se esté tratando, de las características del paciente, de su edad, de la urgencia, de los recursos médicos disponibles, se llega a la siguiente conclusión: *la actividad informativa de ambos sujetos se extiende a todo lo largo de la relación sanitaria, al igual que la actividad de toma de decisión por parte del paciente.* Ambas actividades versan sobre aspectos de distinta naturaleza y son exigibles en diverso grado —según, por ejemplo, el nivel de afectación de derechos del paciente, su edad, su estado psicológico—, pero mientras la actividad informativa concierne a los dos sujetos, la actividad de toma de decisión compete en principio solamente al paciente<sup>7</sup>.

Así pues, se han identificado dos actividades que tienen presencia permanente y continua en todas las fases de la relación médico-paciente: la ilustrativa y la de toma de decisión, que deben ser tenidas en cuenta para la construcción de una definición de consentimiento informado y que obedecen precisamente a cada una de las dos palabras que componen dicha expresión. A continuación nos referiremos a cada una de ellas.

a. La *actividad ilustrativa* es la fundamental porque de su desarrollo depende la legitimidad de la decisión del paciente. Como ya se evidenció, esta actividad compete tanto al médico como al paciente, pues ambos tienen el deber de suministrar información y son titulares del derecho a recibirla. En lo que concierne al paciente, él es el titular exclusivo del derecho a conocer toda la información que concierne a su estado de salud, pues ella hace parte de su *“esfera o espacio de vida privada no susceptible de la interferencia arbitraria de las demás personas”*<sup>8</sup> y solamente puede ser transmitida a otras previa autorización suya o en virtud de las causales expresamente establecidas en la ley. Lo contrario, es decir, publicar

---

<sup>7</sup> También podríamos mencionar la importancia del consentimiento del médico refiriéndonos a que él no puede ser obligado a realizar una intervención o a aplicar un tratamiento con el cual no esté de acuerdo por razones por ejemplo de índole científica, técnica o moral, así el paciente haya optado por esa intervención o tratamiento. Sin embargo, no se puede olvidar que la teoría del consentimiento informado exalta la voluntad jurídicamente relevante del paciente y estudia la forma en que esa voluntad produce efectos para el derecho. El consentimiento del médico en la relación asistencial es un tema aparte, en el que se estudiarán temas como la objeción de conciencia.

<sup>8</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-336 de 2007. M.P. Jaime Córdoba Triviño.

esa información o transmitirla de cualquier otra forma sin autorización de su titular, entraña una violación de su derecho fundamental a la intimidad.

Con respecto al término “informado” con el que se designa esta actividad, preferimos el de “ilustrado” porque proyecta de manera más importante dos aspectos que deben existir dentro de este *proceso de comunicación*. En primer lugar, se opta por el calificativo de ilustrado porque indica que el médico debe instruir, enseñar, educar, aleccionar, al paciente en cuanto a los aspectos relevantes para la toma de su decisión, utilizando las palabras adecuadas en consideración a su formación y entendimiento, para que la información suministrada sea verdaderamente apropiada por él. Así, si el paciente ejerce su profesión en el contexto de las ciencias de la salud podrá informarlo utilizando términos técnicos, pero si se trata de un analfabeto deberá utilizar las palabras más sencillas para que pueda comprender su mensaje. En ese sentido, la Resolución N° 13437 de 1991 del hoy Ministerio de Protección social consagra como derecho del paciente el “disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales (...)”.

Según el segundo de esos aspectos, “el médico proporciona información al paciente, pero con solo cargar de información al paciente lo que en realidad se está haciendo es abandonarlo a su propia decisión. Por ello, el médico debe explicar las ventajas y las inconveniencias de otra posibilidad diagnóstica, pero manifestando su opinión sobre las razones por las que se inclinaría hacia una de ellas. Lo contrario supone abandonar al paciente en su desconocimiento, el flujo de información ha desembocado en el enfermo, pero carece de su finalidad: que éste pueda decidir disponiendo sobre su propio cuerpo pero con conocimiento sobre su decisión”<sup>9</sup>. De ahí la importancia de que el médico se cerciore de la adecuada aprehensión de la información suministrada, fortalezca la relación comunicativa y le brinde un acompañamiento constante al paciente, en el entendido de que puede le realizar sugerencias o recomendaciones siempre que sean sin ánimo de imposición. Los médicos deben tener claro que se les otorga una facultad para sugerir y no una facultad para imponer.

Como se deduce de todo lo anterior, la importancia del contenido de la información que se debe brindar al paciente radica en que de ella dependerá su decisión para someterse o rechazar un procedimiento diagnóstico o forma de rehabilitación o un tratamiento, o escoger uno diferente dentro de los propuestos. Por ejemplo, el médico deberá informar de la manera más objetiva y uniforme posible sobre cada uno de los aspectos arriba mencionados en el campo de las distintas alternativas terapéuticas. No es apropiada la conducta del médico de informar detalladamente sobre las ventajas del tratamiento o procedimiento que él cree más conveniente, pero no advertir de la misma manera sobre sus riesgos y consecuencias; y en cambio, respecto de otras alternativas enfatizar en sus aspectos negativos y tratar superficialmente sus ventajas y beneficios. Esa conducta del

---

<sup>9</sup> VÁZQUEZ FERREIRA, Roberto. *Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina*, 2ª ed., Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 2002, p.39.

galeno estaría determinando la decisión del paciente de optar por un tratamiento específico, lo que a todas luces viciaría su consentimiento.

Igualmente el médico debe ser cuidadoso en la forma cómo suministra la información. No es cuestión de que el médico como mecanismo defensivo ante posibles demandas exagere en su suministro, propiciando en el paciente una situación de confusión o de excesiva preocupación sin justificación alguna<sup>10</sup>. Por esa razón se debe hacer una interpretación razonable de las normas para no llegar al extremo de no tolerar ni una mínima omisión en el contenido de la información transmitida<sup>11</sup>.

Por último, se reitera que por la naturaleza de los bienes jurídicos a los que se refiere el tema que aquí tratamos, el paciente puede renunciar válidamente a recibir esa información, lo que se ha denominado derecho a no saber o a no ser informado, e igualmente, se deriva que los familiares no puedan exigir al médico —sin desconocer los derechos del titular de esa información— que no informe al paciente sobre todos o algunos de los aspectos antes aludidos ni aquél acceder válidamente a ello, salvo el caso del privilegio terapéutico.

b. La *actividad de toma de decisión* se puede examinar desde dos puntos de vista: o como producto de una decisión unilateral del paciente o como resultado de un acuerdo de voluntades entre éste y el médico. ¿Qué pasa en realidad: el paciente toma exclusivamente su decisión, o en definitiva llegan a una determinación conjunta entre los dos partícipes<sup>12?13</sup>.

Al respecto, en consideración al principio de libertad, autonomía y disposición sobre el propio cuerpo, la toma de decisión en materia sanitaria radica exclusivamente en la esfera volitiva del paciente y el papel del médico es de asesoría o ilustración, en el sentido de serle exigible el suministro de la información que fundamente ampliamente la decisión de aquél. En otras palabras, el paciente es el único titular del derecho a tomar una decisión aceptando o rechazando someterse a un procedimiento diagnóstico, a un tratamiento, a conocer la enfermedad que padece, etc., consistiendo la labor del médico en proporcionar la información que cualifique esa decisión. Se puede afirmar que la ilustración dada al

---

<sup>10</sup> El artículo 11 de la ley 23 de 1981 expresa que: “La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación, y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas”.

<sup>11</sup> ARCOS VIEIRA, *op. cit.*, p. 96.

<sup>12</sup> No sobra aclarar que en ocasiones la parte médica está compuesta por un número plural de sujetos, como en aquellos casos complejos en los que la decisión es tomada por una junta médica o por un comité interdisciplinario.

<sup>13</sup> Al respecto BERNATE OCHOA, Francisco, *Deber de información, consentimiento informado y responsabilidad en el ejercicio de la actividad médica*, p. 1. [www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/pdf/04\\_Rosario.pdf](http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/pdf/04_Rosario.pdf), afirma: “La jurisprudencia y la doctrina nacional e internacional en la actualidad entienden que el ejercicio de la actividad médica supone un acuerdo entre el galeno y el paciente para que el primero pueda intervenir sobre la humanidad del segundo”.

paciente lo capacita, lo faculta y lo hace competente para radicar en su ámbito decisorio las determinaciones referentes a las intervenciones sobre su cuerpo.

La postura que exponemos es partidaria de la autonomía del paciente para la toma de las decisiones referidas a su cuerpo, su salud y el desarrollo de su existencia, en oposición a la postura tradicionalista que apoya las formas paternalistas y de beneficencia de trato con el paciente, según las cuales el médico en virtud de su conocimiento científico sabe que es lo mejor para el paciente y la decisión que le imponga será la correcta, porque él no está en capacidad de entender lo que le conviene<sup>14</sup>. Un rezago de esta visión es la actitud del médico que no menciona al paciente la opinión divergente de otros colegas sobre la naturaleza y solución del problema de salud, sino que se limita a imponerle su perspectiva.

De otro lado, entre el médico y el paciente, a pesar de las condiciones actuales de prestación de los servicios de salud en nuestro país en los que algunos prefieren hablar de usuario o consumidor y empresario, sigue existiendo una relación esencialmente interpersonal en la que se destaca un *continuo proceso de interacción comunicativa*. En esa relación cada uno de los sujetos tiene un papel trascendental para el éxito de la labor médica: el cumplimiento de los deberes por parte del paciente permite una mejor gestión del galeno y, a su vez, la actuación del médico ceñida al reconocimiento de los derechos del paciente comporta para éste un efecto positivo de confianza y colaboración.

En conclusión, a nuestro juicio, todas esas características de la relación médico-paciente y la naturaleza de los derechos involucrados, motivan que el consentimiento informado deba concebirse como un *proceso de comunicación* y no como un momento aislado de esa relación. Si esa relación implica una interacción comunicativa que se desarrolla en varias fases, igualmente el consentimiento informado debe entenderse como un espacio continuo de comunicación que se despliega paralelamente.

El consentimiento informado o ilustrado puede, entonces, definirse como un *proceso comunicativo* que se desarrolla en la relación médico-paciente, que se caracteriza por una actividad informativa en cabeza de ambos sujetos, y una actividad de toma de decisión por parte del paciente, dirigido a que este último de manera consciente, libre y autónoma luego de recibir información clara, completa y comprensible, según sus circunstancias personales, pueda decidir de manera fundamentada, en forma positiva o negativa, sobre aspectos relacionadas con su cuerpo, su salud y el desenvolvimiento de su vida en general.

---

<sup>14</sup> La Corte Constitucional en sentencia T-477 de 1995, M.P. Alejandro Martínez Caballero, explica la visión tradicional paternalista así: “Anteriormente se consideró que se presumía el consentimiento del paciente cuando el médico actuaba en beneficio de aquél, se llegó al extremo de creer que el consentimiento era irrelevante y el médico debería intervenir aún con la oposición del paciente porque estaba de por medio el deber del socorro. Este criterio fue revisado a fondo y hoy se acepta que en todo caso debe haber aceptación del paciente”.