

ORIGINALES

Consentimiento informado en un área de atención primaria

A. Herrero de Dios^a, A. Reyes Martín^b y F. García Areces^c

^aCentros de Salud Reyes Magos, ^bManuel Merino y ^cJuncal. Área 3. Madrid.

Objetivo. Valoración del conocimiento y realización del consentimiento informado (CI) por los médicos de atención primaria y las personas que acuden a consultas (PAC) del Área 3 de Madrid.

Diseño. Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento. Los 20 centros de salud del Área 3 de Madrid.

Participantes. Médicos y PAC del Área 3.

Mediciones y resultados principales. Encuesta estructurada y validada mediante un estudio piloto. **Resultados:** un 98,7% de los médicos afirma informar a sus pacientes sobre las enfermedades, el 91,8% sobre los riesgos y beneficios. Sólo refieren ser informados en esos aspectos un 90,6 y 78,6% de las PAC, respectivamente. A pesar de que el 86,8% (IC, 83,7-89,9) de las PAC considera que comprende bien la información transmitida, únicamente un 61% (IC, 53,4-68,6) de los médicos lo perciben así. Respecto a la toma de decisiones, el 60,4% de los médicos y el 54,6% de las PAC consideran que la realiza el médico contando con la opinión del paciente. También es la opción preferida por ambos grupos (46,5 y 59,3%). Un 29% de los médicos prefiere mayor poder de decisión de los pacientes y sólo el 16,06% de las PAC. El 91,6% (IC, 89,1-94,1) de las PAC se encuentran satisfechas con la información recibida.

Conclusiones. Los médicos consideran que informan mejor de lo que las PAC perciben. La comprensión de la información es mejor valorada por las PAC que por los médicos. La toma de decisiones habitualmente la realiza el médico considerando la opinión del paciente, aunque los médicos prefieren mayor poder del paciente.

Palabras clave: Atención primaria; Bioética; Consentimiento informado.

INFORMED CONSENT IN A PRIMARY CARE AREA

Objective. Assessment of the understanding and performance of informed consent by primary care doctors and people attending clinics (PAC) in Madrid Area 3.

Design. Descriptive cross-sectional study.

Setting. The 20 health centres in Madrid Area 3.

Participants. Doctors and PAC in Area 3.

Measurements and main results. It was a structured survey, validated by a pilot study. 98.7% of doctors stated that they informed their patients about illnesses; 91.8% on the risks and benefits. 90.6% and 78.6%, respectively, of the PAC said they were informed. Although 86.8% (CI 83.7-89.9) of the PAC thought they understood the information transmitted well, only 61% (CI 53.4-68.6) of the doctors thought so. 60.4% of the doctors and 54.6% of the PAC thought that the doctors' decisions took into account the patient's view. This was also the preferred option of both groups (46.5% and 59.3%). 29% of the doctors preferred greater power of decision for the patients, and only 16.06% of the PAC. 91.6% (CI 89.1-94.1) of the PAC were satisfied with the information received.

Conclusions. Doctors think they give information better than PAC think. Patients' understanding of the information is given a higher rating by the PAC than by the doctors. Decisions are habitually taken by the doctor, with the patient's views borne in mind. However, doctors would prefer patients to have greater decision-making power.

(Aten Primaria 2000; 25: 625-629)

^aDoctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Universidad de Alcalá de Henares. ^bDoctor en Medicina. Especialista en Pediatría. Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. ^cMédico General.

Correspondencia: Dra. Alicia Herrero de Dios
C/ Andalucía, 9, 2.º B. 28850 Torrejón de Ardoz (Madrid).

Manuscrito aceptado para su publicación el 13-XII-1999.

Introducción

El consentimiento informado (CI) se puede definir como un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario una información suficiente y comprensible que le capacita para participar voluntaria y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Esta participación permite al sujeto aceptar o rechazar determinadas acciones terapéuticas o cuidadoras en función de los objetivos que él mismo establezca¹.

Desde la medicina hipocrática la relación médico-paciente (RMP) se ha desarrollado sobre un esquema paternalista basado en el principio de beneficencia, en el cual el médico era el padre poderoso y el enfermo era considerado como un incompetente físico y moral²⁻⁵.

El nuevo modelo de RMP se basa en el principio de autonomía, que reconoce la capacidad de los seres humanos de evaluar y tomar decisiones por sí mismos acerca de todo aquello que afecte a su modo de vivir⁶. Ejemplo de ello es el CI, en el cual debe proporcionarse información al paciente acerca de su estado, alternativas médicamente viables y se debe respetar las decisiones de los pacientes tras haber recibido una información adecuada^{7,8}.

Para que el CI tenga validez, tiene que reunir 4 componentes: voluntariedad en la elección, la información debe ser dada en cantidad suficiente y con la calidad suficiente y el paciente debe ser competente para entender el problema y tomar una decisión^{9,10}.

El interés por los problemas éticos y el CI ha surgido hace pocos años en nuestro país, y los hechos que más han contribuido a su desarrollo han sido la Constitución Española y la

TABLA 1. Características de las muestras

Médicos							
Categoría			Unidad			Sexo	
MG	Pediatria		MT	EAP	Mujeres	Varones	
74,8%	25,2%		8,2%	91,8%	53,5%	46,5%	
PAC							
Sexo			Edad		Estudios		
Varones	Mujeres	< 35 años	35–65	> 65 años	Primarios	Medios	Superiores
28,1%	71,9%	34,9%	49,5%	15,6%	68,6%	22,9%	8,6%
Frecuencia de consulta			Categoría médico		Unidad médico		
> 1/mes	> 1/año	< 1/año	MG	Pediatria	EAP	MT	
27,8%	64,3%	7,9%	82,9%	17,1%	94,6%	5,4%	

MG: Medicina general; MT: modelo tradicional; EAP: equipo de atención primaria, y PAC: personas que acuden a consulta.

Ley General de Sanidad, la cual toma partido por un modelo autonomista de la sanidad^{7,11-13}.

A pesar de ello, hay autores que afirman que en nuestro sistema sanitario no se realiza aún de forma satisfactoria, debido a que todavía persiste una idea paternalista en la RMP, y no se considera al paciente como un individuo autónomo capaz de adoptar sus propias decisiones¹⁴.

Dado que el CI se ha desarrollado más en el ámbito hospitalario y todavía se encuentran pocos trabajos sobre el tema en atención primaria, decidimos analizar su realización en este ámbito sanitario a través de las opiniones de los médicos y las personas que acuden a consulta (PAC) del Área Sanitaria 3 de Madrid.

Material y métodos

Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo.

Muestra a la que se aplicó la encuesta

Médicos y PAC de los 20 centros de salud que forman el Área 3 de Madrid.

En el caso de los profesionales, la población diana estaba formada por 175 médicos, 131 de medicina general (121 de equipo de atención primaria [EAP] y 10 del modelo tradicional [MT]) y 45 pediatras (36 de EAP y 9 de MT). Se decidió no aplicar ninguna técnica de muestreo y se obtuvieron 159 encuestas. Las 16 pérdidas se debieron a que el médico se encontraba «de permiso» o en ILT. Analizadas las causas y características de las pérdidas, no se encontró posibilidad de sesgo de selección.

Para la muestra de las PAC, el tamaño se calculó para un nivel de confianza del

95%, precisión del 5%, porcentaje del 50% y un 15% de probables pérdidas. La técnica de muestreo utilizada fue por reclutamiento.

Criterios de exclusión

De la muestra de PAC se excluyó a las que habían acudido a consulta con el profesional menos de 3 veces, por considerar no existir una RMP establecida, y a las que padecían alguna enfermedad o limitación que impidiera realizar la encuesta. Hubo 31 exclusiones y 10 rechazos.

Encuesta piloto

Con el objeto de validar la encuesta, se realizó un estudio piloto con 10 médicos y 20 PAC elegidos al azar.

Elaboración definitiva de la encuesta

El análisis del estudio piloto nos obligó a modificar el enunciado de varias preguntas y opciones de las respuestas.

Contenido del cuestionario

Las encuestas están formadas por 2 partes bien diferenciadas:

— La primera consiste en preguntas cerradas con 4 opciones cada una, mediante las cuales se intenta recoger su opinión referente a la información transmitida sobre las enfermedades, los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y alternativas. La valoración de la comprensión de la información por parte de los pacientes, y si los médicos ofrecen explicaciones si ésta no ha sido adecuada. Posteriormente, cómo se toman las decisiones habitualmente y cómo prefieren que sea, y finalmente a los médicos, si utilizan habitualmente el CI.

— La segunda parte recoge las variables sobre la categoría (medicina general o pediatría), unidad (EAP, MT) y sexo del encuestado en la de los profesionales. En la

de las PAC, sexo, edad, nivel cultural, frecuencia con la que acude al médico, si acude a consulta de medicina general o pediatría, y si el médico que le atiende es de EAP o del MT.

Realización de la encuesta

La encuesta fue recogida por un único investigador, sin relación con la muestra, mediante entrevista personal. Se realizó con el consentimiento expreso de la persona tras explicarle el objetivo del estudio.

Programa de datos y estudio estadístico

Las encuestas fueron tabuladas en método Excel y analizadas mediante la prueba estadística de ji-cuadrado.

Resultados

Las muestras están compuestas por 159 encuestas de profesionales y 467 de PAC. Las características son expuestas en la **tabla 1**.

La información transmitida sobre la enfermedad, los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, según la opinión de los médicos y PAC, quedan reflejados en la **figura 1**. Las diferencias existentes respecto a la información de la enfermedad y riesgos y beneficios es significativa estadísticamente para una $p < 0,05$. Las PAC afirman que la información es mayor si el médico es de EAP (91,2%) que si es del MT (78,3%), con una diferencia estadísticamente significativa para una $p < 0,05$.

Un 61% (IC del 95%, 53,4-68,6) de los médicos considera que sus pacientes comprenden bien o muy bien la información transmitida, pero el 86,8% (IC del 95%, 84-90) de las PAC cree que la comprensión es adecuada. Analizado según las variables, ésta es peor en los pacientes de mayor edad, con estudios primarios y si la unidad del médico es del MT, con una diferencia estadísticamente significativa para una $p < 0,05$.

Respecto a la oferta de explicaciones del médico, si el paciente no ha entendido algo, un 95,3% (IC del 95%, 93,4-97,2) de las PAC afirma que se produce.

En lo que atañe a la toma de decisiones en la actualidad, y cómo prefieren que sea, la opción más elegida tanto por los médicos como por las PAC es que decide el médico contando con la opinión del paciente. La diferencia entre que la toma el médico o la toma el médico con la opinión del

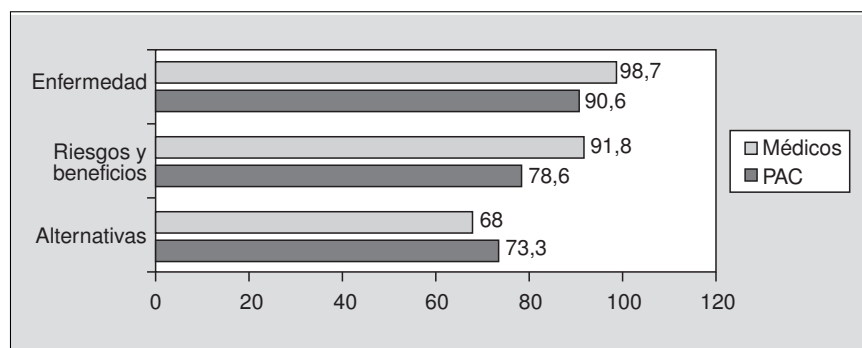


Figura 1. Información según los médicos y PAC. PAC: personas que acuden a consulta.

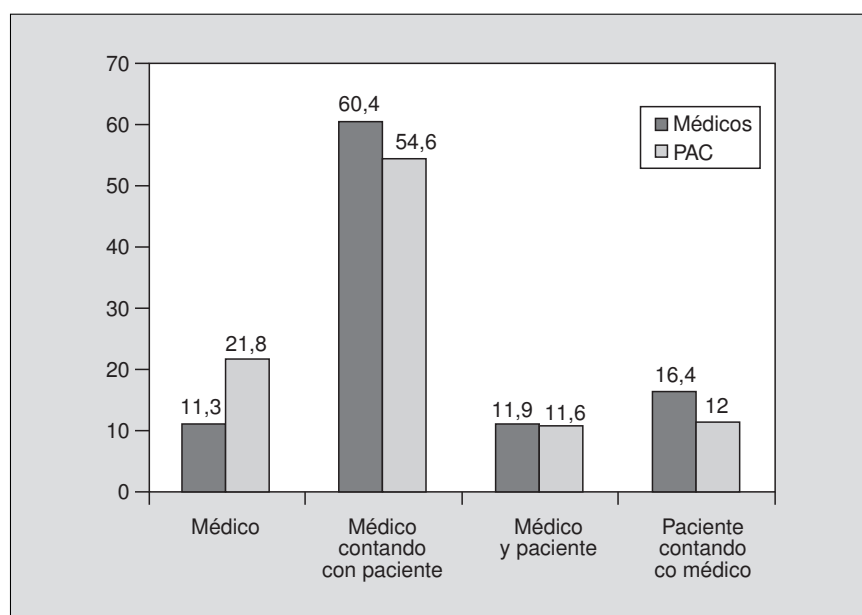


Figura 2. Toma de decisiones en la actualidad. PAC: personas que acuden a consulta.

paciente es significativa para una $p < 0,05$ (fig. 2).

Las PAC se encuentran más conformes con la toma de decisiones y los

profesionales prefieren un mayor poder del paciente en ella, con una diferencia estadísticamente significativa para una $p < 0,05$ (fig. 3).

TABLA 2. Preferencia en la toma de decisiones según características de las PAC

	Conforme	Mayor poder del paciente	Menor poder del paciente
Frecuencia consulta			
> 1/ mes	68,22	19,38	12,4
> 1/ año	78,74	14,62	6,64
< 1/ año	75,67	16,22	8,11
Unidad médico			
EAP	76,58	15,32	8,1
MT	56,52	30,44	13,04

Las diferencias entre los valores en negrita eran estadísticamente significativos para una $p < 0,05$. PAC: persona que acude a consulta; EAP: equipo de atención primaria, y MT: modelo tradicional.

Un 85% de los pediatras y el 59,7% de los médicos generales se muestran conformes con la forma de tomar las decisiones. Sin embargo, el 34,45% de los médicos generales y el 12,5% de los pediatras prefieren un mayor poder de decisión del paciente; estas diferencias son estadísticamente significativa para una $p < 0,05$.

Analizando las variables de las PAC, las que lo hacen con una frecuencia mayor de una vez al mes prefieren menor poder en la toma de decisiones respecto a los que acuden con menor frecuencia. También si su médico era de EAP se muestran más conformes que si es del MT, en cuyo caso prefieren un mayor poder de decisión. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para una $p < 0,05$ (tabla 2).

Solamente un 57,2% (IC del 95%, 49,4-64,9) de los médicos considera que utilizan el CI siempre o frecuentemente en su actividad diaria.

Un 91,6% (IC del 95%, 89,1-94,1) de las PAC se encuentra satisfecho con la información recibida, existiendo una diferencia estadísticamente significativa para una $p < 0,05$ si el médico es de EAP (92,3%) que si es del MT (73,9%).

Discusión

El porcentaje de médicos que afirma informar a las PAC sobre las enfermedades y sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos es elevado. Es más deficiente en lo referente a las alternativas de los mismos.

Las PAC consideran que su médico les informa menos si pertenece al MT, pudiendo estar en relación con el menor tiempo de consulta por paciente que tienen, y eso dificulta la información. Además, en esta área sanitaria son de mayor edad y con muchos años de ejercicio, factores que según algunos autores se relacionan con una actitud más paternalista^{15,16}.

En general, los médicos consideran que informan más de lo que las PAC perciben. Esto puede deberse a una mayor demanda de información por parte de las PAC, o a que hubiera una mala comprensión de la misma, pero las PAC afirman que comprenden la información mejor de lo valorado por los médicos.

En nuestro país se han realizado varios estudios sobre este aspecto. Así, un centro de salud de Sevilla analizó las reclamaciones como valoración de

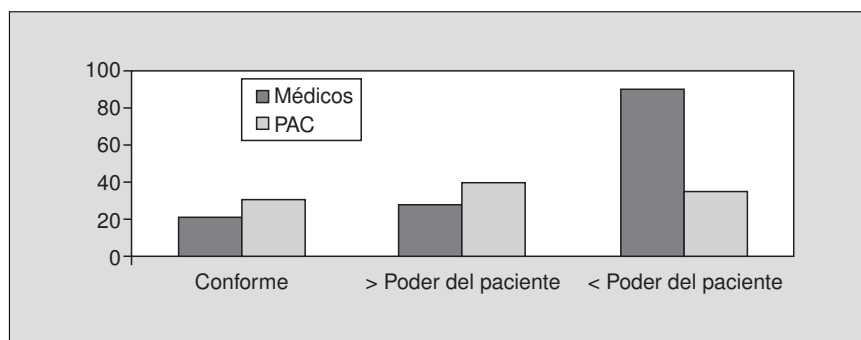


Figura 3. Toma de decisiones. Preferencias. PAC: personas que acuden a consulta.

la satisfacción del usuario y las referentes a falta de información ocupaban el séptimo lugar (4%). Las debidas a los médicos suponían un 45% (25% de médicos generales y 20% de los pediatras)¹⁷. En otro centro de Granada, los usuarios afirmaban que la información sobre los problemas que les conducían a la consulta era suficiente sólo para el 59,1%¹⁸. Otro estudio reflejaba que la información dada por los médicos sobre los tratamientos era buena para el 92,5% de los pacientes, y el mismo porcentaje refería tener gran facilidad para expresar sus problemas. Sólo un 21,7% prefería mayor información por parte de su médico. En general, era alto el nivel de satisfacción de los usuarios hacia la atención médica recibida en el centro de salud¹⁹.

En nuestro trabajo, los médicos que consideran que las PAC comprenden la información transmitida son menos de lo deseado, pues aunque la información transmitida puede ser adecuada, si la PAC no la ha comprendido el consentimiento emitido no tiene ninguna validez.

Las posibles dificultades a la realización correcta del proceso pueden ser, por un lado, la gran demanda asistencial existente, que hace escaso el tiempo por consulta, y por otro que los profesionales nos centramos en la cantidad de información transmitida y prestemos poca atención a la calidad de la misma.

La calidad de la información presenta dos dificultades: una objetiva, debida al médico (uso de tecnicismos o frases largas), y una subjetiva, debida a la PAC (edad, nivel cultural, etc.)^{8,20,21}.

Como hemos comentado en los resultados, la comprensión de la información era peor en las PAC mayores de

65 años y con estudios primarios, características frecuentes de las PAC de esta área sanitaria.

El médico debe reducir ambas dificultades, y comunicarse con las PAC de la forma más sencilla y clara posible, adaptándose a las pautas culturales, educativas, sociales y familiares del paciente. El lenguaje utilizado debe ser sencillo, evitando el uso de tecnicismos y tratando de optimizar al máximo su competencia para tomar cada decisión^{20,22}.

Cuanto mayor es la calidad de la información transmitida, las PAC se encuentran más satisfechas con la atención prestada, y las relaciones con el personal sanitario son mejores y más fluidas²³.

Otra forma de favorecer una comprensión adecuada es la oferta de explicaciones que según las PAC se suele realizar de una forma satisfactoria.

En lo referente a la toma de decisiones, aunque la opción mayoritaria (según los médicos y las PAC) es que el médico las adopta considerando la opinión del paciente, las PAC creen que en muchas más ocasiones de lo que afirman los médicos la decisión es tomada sólo por los médicos.

Se realizó un estudio valorando la preferencia de los pacientes en la toma de decisiones. Un 47% decía que el médico tomara las decisiones, el 31% que lo hiciera contando con la opinión del paciente, un 19% que se adoptaran conjuntamente y el 2% que la decisión la tomara el paciente contando con la opinión del médico. Estos resultados muestran una menor preferencia en la participación en la toma de decisiones que las expresadas en nuestro trabajo²⁴.

El hecho de querer un mayor poder de decisión cuando el paciente es del MT puede ser una traducción de que

estos profesionales tienen una actitud mucho más paternalista y no permiten que las PAC participen en la toma de decisiones como ellos desean.

Como hemos expresado anteriormente, con una elevada frecuencia las PAC quieren un menor poder de decisión probablemente porque presentan enfermedades crónicas y suelen ser muy dependientes de los profesionales sanitarios.

El hecho de que los pediatras se muestran más conformes y los médicos generales prefieren mayor poder por parte del paciente se puede deber a que los primeros no tratan con personas autónomas, y los padres suelen adoptar una actitud más paternalista.

A pesar de esto, en general, los médicos prefieren un mayor poder de decisión del paciente que las PAC. Este hecho llama la atención, pues parece que son los profesionales los que están más a favor de un cambio en la relación médico-paciente.

En lo referente a si los médicos utilizan habitualmente el CI, llama la atención que sólo un 57,2% afirma realizarlo siempre o frecuentemente. Esto se contrapone con el hecho de que aseguran informar adecuadamente y prefieren un mayor poder de decisión por parte de los pacientes. Posiblemente, los médicos encuestados no tengan claro el concepto de CI y lo asocien sólo al hecho de firmar un formulario.

Tradicionalmente se considera que existen dos formas de obtención del CI (escrito y oral), pero esto es confundir la forma de obtención del consentimiento con la forma de conseguir que quede registrado. La única forma válida de obtener el CI es mediante la conversación^{9,25,26}.

A pesar de las deficiencias reflejadas, las PAC refieren un alto grado de satisfacción con la información recibida por parte de los médicos de atención primaria.

Nos planteamos la presencia de posibles sesgos debidos al entrevistador y a la encuesta. Para evitarlos, el encuestador fue entrenado e intentó ser objetivo en todo momento y se realizó un estudio piloto. En la muestra de PAC había una mayor presencia de mujeres menores de 35 años, que eran las que habitualmente acompañaban a los niños a las consultas de pediatría. Para evitar la influencia, en el análisis los datos fueron estratificados por la edad.

El CI se debe entender como un estilo de relación clínica basada en el respeto al paciente, que se convierte en un proceso dialogado a lo largo del tiempo, lo cual sólo es posible por la continuidad en la atención que debe caracterizar la tarea del médico de familia. Abarca desde el mismo momento que el sanitario entra en contacto con el paciente, hasta el instante en que se acaba la RMP^{4,13,27-29}.

En atención primaria se intenta conseguir una asistencia continuada en el tiempo por parte del mismo facultativo, lo que se correlaciona positivamente con el grado de satisfacción expresado por los pacientes³⁰.

Esto hace que sea un buen ámbito para iniciar un proceso educativo colectivo, porque la información y la comunicación son tareas fundamentales de la práctica clínica en este nivel asistencial³¹.

Sin embargo, en ciertas ocasiones la información, por sí misma, no permite tomar decisiones bien maduras y el profesional requiere habilidades, sobre todo en comunicación, que faciliten la motivación para que se produzcan los cambios.

Nuestra propuesta es intentar mejorar la formación de los profesionales y tomar conciencia sobre el tema, que sea un aspecto en el que pensemos cuando realizamos nuestra actividad diaria. No se trata de proporcionar información exhaustiva sobre todos los aspectos, pues es algo inviable y la presión asistencial nos lo impide, pero sí debemos pensar en informar adecuadamente a las PAC para capacitarlas en la toma de decisiones que consideren oportunas sobre sus procesos.

El hecho de que la relación médico-paciente en atención primaria sea muy estrecha no debe hacernos olvidar la autonomía del paciente en ningún momento.

Bibliografía

1. Simón Lorda P, Barrio I. El consentimiento informado y la enfermería: modelo integral. *Jano* 1995; : 55-65.
2. Laguna E. Información y consentimiento. *Arch Esp Urol* 1997; 50 (10): 1037-1045.
3. Sanz Ortiz J. La práctica de la medicina. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 25-26.
4. Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. *Medifam* 1995; 5 (5): 264-271.
5. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989; 93 (20): 100-102.
6. Hall MA. Informed consent to rationing decisions. *The Milbank Quarterly* 1993; 71 (4): 645-676.
7. Sainz A, Quintana O, Sánchez J. La información médica: el consentimiento informado. *Fundamentos éticos y legales. Rev Cal Asisten* 1994; 2: 68-71.
8. Simón Lorda P, Concheiro-Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica I. *Med Clin (Barc)* 1993; 100 (17): 659-663.
9. Finkelstein D, Smith MK, Faden R. Informed consent and medical ethics. *Arch. Ophthalmology* 1993; 111 (3): 324-326.
10. Jones MA. Ethical and legal responses to patients who refuse consent to treatment. *Br J Urol* 1995; 2: 9-14.
11. Quintana O. Calidad y consentimiento informado. *Gestión Hospitalaria* 1994; 2: 41-48.
12. Gallego S, Hinojal R, Rodríguez JA. Los derechos de los pacientes: problemática práctica. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 538-541.
13. García Labajo JD. El consentimiento informado. *Medicina Aeroespacial y Ambiental* 1997; 2: 84-90.
14. Simón Lorda P, Domenech P. Consentimiento informado. *Medifam* 1993; 3 (4): 247-248.
15. Mark J, Spiro H. Informed consent for colonoscopy. *Arch Intern Med* 1990; 150: 777-780.
16. Meisel A. Informed consent. *Arthritis-Reum* 1992; 35 (11): 1264-1266.
17. Cayuela A, Camacho JJ, Ras X, Díaz MC, Coronas E. La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1991; 65: 215-221.
18. Aguado JA, Gastón JL, López RM, Bueno A, Rodríguez-Contreras R. Encuesta de satisfacción a usuarios del Centro de Salud Zaidín-Sur de Granada (1989). *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1992; 66: 225-231.
19. Benavides FG, Nolasco A, Jiménez L, González C, López JM, Pérez E et al. Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de los usuarios de un centro de salud. *Aten Primaria* 1987; 4 (2): 91-95.
20. Meisel A, Roth L. What we do and do not know about informed consent? *Jama* 1981; 246 (21): 2473-2477.
21. Byrne J, Napier A, Cuschieri A. How informed is signed consent? *BMJ* 1988; 296: 839-840.
22. Maynard E, Coblens K. American College of Physicians Ethics Manual. *Ann Intern Med* 1992; 117: 947-960.
23. Ibáñez E. Un intento de explicar el porqué. *Jano* 1991; 953: 37-45.
24. Strull W, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decisions making? *Jama* 1984; 252 (21): 2900-2904.
25. Simón Lorda P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (II). *Med Clin (Barc)* 1993; 101 (5): 174-182.
26. Vaccarino J. Consent, informed consent and the consent form. *N Engl J Med* 1978; 298 (8): 455.
27. Altisent R, Martín MN, Serrat D. Ética y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Barce: 1999; 191.
28. Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 218-220.
29. Hartlaub PP, Wolkenstein AS, Laufenburg MD. Obtaining informed consent it is not simply asking «Do you understand?». *J Fam Pract* 1993; 36 (4): 383-384.
30. Conesa A, Bayas JM, Asenjo MA, Baré ML, Manasanch P, Lledó R et al. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario. *Rev Clin Esp* 1993; 192 (7): 346-351.
31. Simón Lorda P, Domenech P. ¿Querría usted saber que tiene cáncer? *Medifam* 1994; 4 (3): 127-136.