

Bioética

Historia y fundamentación

1. Los antecedentes de la bioética

El término «bioética» (del griego *bios*, vida y *ethos*, ética) es un nombre nuevo, utilizado por vez primera por el cancerólogo estadounidense Van Rensselaer Potter en su libro *Bioethics: a Bridge to the Future* (1971), en el que propone la siguiente definición de su neologismo: «Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales». Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estamos ante un término nuevo para afrontar una realidad ya antigua. Como ha afirmado C. E. Taylor, ninguna profesión ha sido tan consciente como la medicina, desde épocas tan antiguas, de las dimensiones morales implicadas en su ejercicio.

En efecto, la cultura occidental puede presentar el famoso Juramento de Hipócrates (siglos VI-I a.C.) como el primer testimonio de esa conciencia de la medicina sobre las implicaciones éticas de la profesión. El Juramento forma parte del llamado *Corpus Hippocraticum* o conjunto de escritos atribuidos al que es calificado, con razón, padre de la medicina. Se considera, sin embargo, que el Juramento no tiene como autor a Hipócrates —y ni

siquiera representa la forma de entender la praxis médica en la Escuela Hipocrática— sino que procede muy probablemente de círculos neopitagóricos. El Juramento tiene dos partes fundamentales: en la primera aborda las obligaciones éticas del médico hacia sus maestros y familiares, mientras que la segunda trata de sus relaciones con el enfermo. Este documento, puesto bajo la autoridad del padre de la medicina, será recogido por la tradición occidental, quitándole su inicial invocación dirigida a los dioses del Olimpo, y constituirá un documento venerable en que se condensan las obligaciones éticas básicas que el médico deberá observar en el ejercicio de su profesión.

Es importante subrayar que otras culturas, aunque no de forma tan precoz, poseen documentos similares, con importantes puntos de contacto con el contenido del Juramento hipocrático. Habría que citar aquí el llamado «Juramento de Iniciación», *Caraka Samhita*, del siglo I a.C., procedente de la India; igualmente, debe hacerse referencia a otros dos documentos, que tienen relación con la tradición hipocrática: el *Juramento de Asaph*, dentro del mundo judío, probablemente del siglo III-IV d.C., y el *Consejo de un médico*, del siglo X d.C., que procede de la medicina árabe. Dentro de la cultura china se citan *Los cinco mandamientos y las diez exigencias*, de Chen Shih-Kung, médico chino de comienzos del siglo XVII, que constituye la mejor síntesis de ética médica de esta cultura. Se ha afirmado que todos estos documentos tienen cuatro puntos coincidentes: En primer lugar, el *primum non nocere*, «ante todo, no hacer daño» —al que más tarde nos referiremos—; la afirmación de la santidad de la vida humana; la necesidad de que el médico alivie el sufrimiento y, finalmente, la santidad de la relación entre el médico y el enfermo (que se refleja, sobre todo, en que el médico no puede desvelar los secretos conocidos en su relación con el enfermo ni aprovecharse sexualmente de él).

La preocupación por los aspectos éticos de la medicina fue objeto de atención por parte de la moral católica, que, en torno al 5º mandamiento, abordó temas especialmente referidos al inicio y final de la vida. Al surgir en la Edad Media las primeras Escuelas de Medicina se adopta la costumbre, que permanece vigente especialmente en el mundo anglosajón, de que los alumnos, al finalizar los estudios de medicina, profesen solemnemente versiones actualizadas del Juramento hipocrático, antes de iniciar el ejercicio de la profesión.

Se ha presentado al médico inglés, Thomas Percival, como padre de la «ética médica», ya que éstas son las dos primeras palabras del larguísimo título de su libro —al estilo de la época— dedicado a ciertos aspectos éticos del ejercicio de la medicina. La obra de Percival, de inicios del siglo XIX, responde, sobre todo, a una situación en que las tensiones entre los médicos, especialmente por motivos de competencia profesional, eran muy intensas. Este aspecto es muy abordado en su obra, por lo que se ha dicho que, más que un texto de ética, se trata de un libro sobre «etiqueta médica», que refleja las actitudes del *gentleman* por encima de las del médico sensible a la problemática ética.

Durante el siglo XIX comienzan a constituirse las primeras asociaciones o colegios médicos en distintos países en que se subraya el interés por los aspectos éticos de la medicina. Surgen igualmente los primeros *códigos deontológicos*, que sintetizan, desde los valores inspirados en la ética hipocrática, las obligaciones que los médicos deben observar. Precisamente una de las funciones de los colegios médicos será la de evaluar la ética de los profesionales colegiados en dichas asociaciones. Un punto crítico en esta historia será la época nazi, que llevará a que 23 médicos alemanes se sienten en el banquillo de los acusados del tribunal de Nuremberg, de los que 16 fueron declarados culpables y siete condenados a muerte. Una conse-

cuencia importante de la crisis de la II Guerra Mundial será también la *Declaración de Ginebra* (1948), en la 1ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial, que significa una actualización de la ética hipocrática después de las brutalidades de aquella conflagración bélica. En la 2ª Asamblea Mundial (1949) se adoptó un *Código Internacional de Ética Médica*, inspirado en la *Declaración de Ginebra* y en los códigos deontológicos de bastantes países.

Con posterioridad a esa fecha, deben señalarse dos líneas importantes. Por una parte y especialmente en el mundo anglosajón, comienzan a aparecer códigos deontológicos referidos a distintas especialidades médicas –en donde hay que situar los códigos de enfermería–. Por otra parte y ante determinados problemas concretos, la propia comunidad médica desarrolla sus propias directrices éticas: por ejemplo, a raíz de las experimentaciones nazis surgirá, inspirándose en la sentencia del tribunal, el *Código de Nuremberg*, o de forma similar, se definen directrices sobre muerte cerebral ante los primeros trasplantes cardíacos. Desde el campo religioso, específicamente el católico, a finales del siglo XIX comienzan a aparecer las primeras obras monográficas dedicadas a temas de moral médica.

2. El origen del término «bioética»

Como dijimos antes, Van Rensselaer Potter utilizó en 1971 el neologismo de «bioética» en el mismo título de su libro: *Bioética: Un puente hacia el futuro*. Este término se ha ido difundiendo ampliamente en los medios de comunicación, y los que nos dedicamos a esta disciplina cada vez con menor frecuencia nos vemos obligados a dar explicación del significado de este nombre cuando lo tenemos que utilizar. En el caso español nos parece que la declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe, *Donum vitae*, sobre la proble-

mática ética de la procreación asistida humana, a la que los periodistas con frecuencia calificaron como «el documento vaticano de bioética», sirvió para difundir ese neologismo entre nosotros.

Como ha escrito recientemente W. T. Reich, existe una cierta discusión sobre la paternidad de la palabra «bioética». Después de un estudio pormenorizado, llega a la conclusión de que fue efectivamente Potter el que primero utilizó el nuevo término, pero que debe reconocerse también a André Hellegers, obstetra holandés que trabajaba en la Universidad de Georgetown, una forma de paternidad en la introducción del neologismo. Unos seis meses después de la aparición del libro de Potter, Hellegers utiliza ese término para dar nombre al centro Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics en la citada Universidad de Washington, D. C. Reich afirma que se puede hablar de un *bilocated birth* de la bioética, en Madison, Wisconsin, y en el centro universitario de los jesuitas en Georgetown.

Ese doble lugar del nacimiento de la bioética tiene su especial relevancia por el hecho de que, aunque debe reconocerse a Potter el origen del término, sin embargo dio a aquélla un contenido distinto del que le ha correspondido en su desarrollo ulterior. Para el cancerólogo de Madison, el término «bioética» tenía un sentido ambiental y evolucionista: «Como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con un conocimiento de los sistemas de valores humanos... Elegí *bio-* para representar el conocimiento biológico, la ciencia de los sistemas vivos; y elegí *-ethics* para representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos». Potter aspiraba a crear una disciplina que fuese como un puente —término del título de su libro— entre dos culturas, la de las ciencias y la de las humanidades, que aparecían en su tiempo ampliamente distanciadas. Su preocupación era la supervivencia tanto de la especie huma-

na como de las culturas creadas por el hombre. Su objetivo era crear un medio ambiente en el que pudiera realizarse una óptima adaptación del ser humano al mismo ambiente. Por eso afirmaba que el objetivo último de la nueva disciplina era «no sólo enriquecer las vidas humanas sino prolongar la supervivencia de la especie humana en una forma aceptable de sociedad». Fue gran mérito de Potter escribir su libro en 1971 —antes, por tanto, de esos dos grandes aldabonazos sobre la crisis medioambiental que fueron la I Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente, Estocolmo 1972, y el famoso informe Meadows de 1972 sobre «los límites del crecimiento»—. La visión de la bioética que imaginó Potter era antropocéntrica —centrada en la supervivencia humana— más que biocéntrica —en torno a la supervivencia de toda la biosfera—. Éste es, según Reich, «el legado de Potter».

Sin embargo, el ulterior y floreciente desarrollo de la bioética iba a seguir los cauces que provienen del «legado de Hellegers». El obstetra holandés entendió su papel como el de la partera que sacaba a luz la nueva disciplina, no tanto a través de grandes publicaciones, sino estimulando el diálogo mediante conversaciones y escritos. Entendió su misión también como un puente: «una persona puente entre la medicina y la filosofía y la ética», suscitando el interés de los profesionales de la ética en los problemas biológicos. De esta forma creó el primer centro universitario dedicado a esta nueva disciplina. Este «legado de Hellegers» es el que se ha impuesto en los últimos 25 años, viniendo a ser «un revitalizado estudio de la ética médica». Potter expresó su decepción por el curso que ha seguido la bioética; reconoció la importancia de la línea impuesta desde Georgetown, pero afirmó que «mi propia visión de la bioética exige una visión mucho más amplia». Pretendía que la bioética fuese una combinación de conocimiento científico y filosófico y no solamente una rama de la ética aplicada.

3. La reciente historia de la bioética

Para uno de los grandes especialistas estadounidenses en la nueva disciplina, Albert R. Jonsen, la historia de la bioética, desde la perspectiva de su país, se centra en torno a los siguientes hitos.

Probablemente el primer hito para el desarrollo ulterior de la bioética se retrasa hasta finales de 1962, cuando la revista *Life Magazin* publica un artículo sobre los criterios de selección de los candidatos a los aparatos de hemodiálisis renal recientemente descubiertos. Surge así el Kidney Center's Admission and Policy en Seattle para responder a la pregunta sobre la forma de distribuir ese recurso sanitario, creado un año antes, y para el que había muchos más potenciales receptores. La decisión fue dirigirse a un pequeño grupo de personas, mayoritariamente no médicos, para revisar los *dossiers* de los posibles candidatos. Para esta toma de decisión se pensó que las personas que habían decidido en el pasado, sin duda los médicos, no eran las más idóneas. Se tuvo la conciencia de que la justicia en la selección no era una destreza médica y que personas profanas lo podían hacer, mejor o peor, pero sí más libremente y menos condicionadas por los intereses de los propios pacientes. De esta forma se llegó a una solución totalmente nueva: los médicos delegaron en los profanos para que tomaran la decisión: «Una prerrogativa que había sido hasta entonces exclusiva del médico fue delegada en representantes de la comunidad».

Un segundo momento importante en la naciente historia de la bioética fue la publicación en el *New England Journal of Medicine* (1966) de un trabajo, firmado por Beecher, en que recogía 22 artículos publicados en revistas científicas y que eran objetables desde el punto de vista ético. La historia de los experimentos humanos realizados sin cumplir las más elementales exigencias éticas tenía un precedente brutal: las experiencias realizadas por los médicos nazis en los campos de con-

centración alemanes. Sin embargo, lo que indicaba ahora el estudio de Beecher es que podía llegarse a abusos similares, no por la maldad que se enseñoreó en la época del nacionalsocialismo, sino por la misma naturaleza de la ciencia biomédica, que exige constantemente a los científicos eficacia, productividad y originalidad. Los internos de los campos de concentración eran ahora personas pertenecientes a los grupos vulnerables. Uno de los ensayos, criticados por Beecher, consistió en la inoculación del virus de la hepatitis a niños afectados por deficiencia mental en un centro de Willowbrook...

Cuatro años más tarde, el Senador Edward Kennedy sacaba a la luz el brutal experimento de Tuskegee, Alabama, en que se negó el tratamiento con antibióticos a individuos de raza negra afectados por la sífilis, para poder estudiar el curso de esta enfermedad. La opinión pública quedó profundamente afectada por estos hechos y se abrió paso a la llamada Comisión Nacional (1974-1978), que marcó las directrices que deben presidir la experimentación en seres humanos, con un especial énfasis en el respeto a los miembros de los grupos vulnerables. El *Informe Belmont*, que recoge las deliberaciones de la Comisión sobre este tema, tendrá una enorme importancia en el ulterior desarrollo de la bioética, como subrayaremos más adelante.

Un año más tarde, el 3 de diciembre de 1967, el Dr. Christian Barnard realizaba en el hospital Groote Schur de Ciudad del Cabo el primer trasplante cardíaco. Este hecho causó un enorme impacto mundial en una sociedad que se acercaba a los grandes cambios culturales que se avecinaban en los próximos meses. El trasplante de corazón no sólo suscitó la degradación a mero músculo cardíaco de un órgano al que se le había dado una gran importancia cultural, sino que suscitaba serios interrogantes éticos acerca del consentimiento del donante y, sobre todo, acerca de la determinación

de su muerte. Precisamente la Harvard Medical School, presidida por el antes citado Beecher, marcaba poco después unas directrices que iban a tener una gran relevancia en los años posteriores. La Comisión que propuso esas directrices contaba con la presencia de un teólogo: ya se percibió, por tanto, que se estaba ante una problemática que desbordaba a los propios especialistas médicos.

Otro nuevo paso en la historia de la bioética tiene lugar en 1975 en torno al famoso caso de Karen A. Quinlan, la joven norteamericana en estado de coma —como consecuencia de la ingestión simultánea de alcohol y barbitúricos— y cuyos padres adoptivos, católicos practicantes asesorados por su párroco, ante el pronóstico de irreversibilidad de su hija para una vida consciente, pidieron a la dirección del hospital que se le desconectase el respirador que la mantenía en vida. Esto dio origen a un polémico proceso legal en que, finalmente, el Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey, en una sentencia histórica de 1976, reconoció a la joven «el derecho a morir en paz y con dignidad». El caso Quinlan abrió una gran discusión en torno al final de la vida y comenzaron a difundirse los testamentos vitales, las llamadas «órdenes de no resucitar», las primeras legislaciones sobre las directivas anticipadas...

Todo ello hizo que comenzase a penetrar con fuerza en el discurso bioético el concepto de «calidad de vida». Poco después, en 1981, surge el gran debate en torno a Baby Doe, un neonato afectado por el síndrome de Down y que padecía una atresia esofágica que exigía una urgente intervención quirúrgica que le fue denegada en un hospital de Bloomington, Indiana. Surgen así las llamadas «regulaciones Baby Doe», que suscitaron una intensa polémica en Estados Unidos y que hoy exigirían, si se repitiese el caso de Bloomington, la necesidad de hacer al niño la operación quirúrgica.

Al comienzo de los años 80, la bioética está fuertemente consolidada en Estados Unidos y se

extiende por otros muchos países. Un porcentaje importante de los hospitales estadounidenses tienen ya sus propios comités asistenciales de ética —hoy es una exigencia ineludible para la acreditación de un hospital en Estados Unidos—. La enseñanza de la bioética se extiende por las Escuelas de Medicina y se crea un gran número de centros especializados por todo el extenso territorio estadounidense; las publicaciones sobre esta disciplina se han hecho desbordantes y difícilmente abarcables.

Quiero acabar este apartado, en el que he seguido los principales hitos marcados por Jonsen, con tres referencias adicionales, también muy importantes: la creación en 1969 del Hastings Center y la posterior aparición de su revista en 1973, actualmente con 12.000 suscriptores, el *Hastings Center Report*, en cuyo primer número D. Callahan, uno de los más prestigiosos bioeticistas de aquel país, publicó un artículo en que se recogía el término de «bioética». En segundo lugar, la publicación en 1978 de la *Encyclopedia of Bioethics*, una obra monumental, de consulta básica para esta temática, y en la que su autor, el antes citado Reich, optó finalmente por la utilización del término de «bioética» en el título. Y, finalmente, la decisión de la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos de asumir en 1974 este término como encabezamiento de toda esa amplia literatura que ya entonces se estaba difundiendo.

4. Las Cartas de los Derechos de los Enfermos

El excelente estudio de Jonsen no cita un hito que, a nuestro parecer, va a tener una gran relevancia en el ulterior desarrollo de la bioética. También en Estados Unidos se aprueba por vez primera un documento que tendrá una pronta e importante repercusión, tanto en la bioética como en la praxis sanitaria: la *Carta de los Derechos de los*

Enfermos de los hospitales privados estadounidenses, 1972. Este documento, que será imitado por otros países —y que en el nuestro tendrá su repercusión en la propia Ley de Sanidad—, diseña un marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos, que modifica de forma muy importante al que provenía de la ética hipocrática. Esta Carta afirma, especialmente, cuatro derechos fundamentales del enfermo: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a una muerte digna.

Inspirándose en este documento, surgen en los distintos países las Cartas de los Derechos de los Enfermos, que significan algo tan trascendente —y al mismo tiempo tan obvio— como la introducción en el ejercicio de la profesión sanitaria de un tipo de relación más horizontal y paritaria entre los que tienen conocimientos médicos o de enfermería y el ser humano, afectado por el trance siempre difícil de la enfermedad. Afirman algo tan evidente como que el hospital funcione con leyes similares a las del resto de la sociedad y que se concedan al paciente los mismos derechos que nadie le discutiría en su vida normal. El pilar básico de las Cartas es el concepto de «consentimiento informado»: el reconocimiento de que cuanto se haga con el enfermo debe realizarse después de que éste haya prestado su permiso o asentimiento. No se trata, por otra parte, de cualquier tipo de consentimiento, sino que deberá preceder una información completa y comprensible del diagnóstico, pronóstico y tratamientos alternativos existentes, además de la constatación de la verdadera decisión libre del enfermo.

En realidad estas Cartas significan una modificación del marco de relación entre los profesionales de la salud y los enfermos. Como escribía el médico E. Schwenninger, al aludir a su relación con el enfermo, «soy un hombre que está a solas con otro hombre, como en una isla desierta». Así podía surgir una situación favorable para relacio-

nes impositivas y autoritarias; la que media entre el poderoso y el desposeído. La línea, inspirada en la ética hipocrática, tendía a convertir al enfermo en un menor de edad, al que se le mantenía al margen incluso de informaciones muy pequeñas. En el fondo se delineaba una «imagen-robot» del buen enfermo, como aquel que se ponía confiadamente en las manos bienhechoras del médico, que no pregunta ni protesta, en un rol pasivo y bastante infantil. Así se opera un fenómeno de regresión desde pautas adultas a otras infantiles, que conllevan la pérdida de la capacidad de decisión por parte del enfermo.

Se consideraba que los profesionales de la salud son los que poseen tanto las virtudes éticas como los conocimientos que ayudarían al paciente a superar su enfermedad. Este marco tenía el grave peligro de quitar el protagonismo a aquel que está especialmente implicado por el desarrollo de la enfermedad, para convertirle en una especie de «comparsa», de «menor de edad», dependiente de la poderosa medicina que le llevaría a la curación. Como escribe Veatch, el reconocimiento de los derechos de los enfermos «es totalmente ajeno a la ética médica hipocrática tradicional». Precisamente, la gran crítica hecha contra el marco de relación «hipocrático» es su *paternalismo* —que es correlativo al infantilismo que se ha inducido en el enfermo—. La relación entre el profesional de la salud y el enfermo se convertía en una relación vertical, la de un padre poderoso y bondadoso hacia un hijo, menor de edad, que gozaba de la beneficencia paterna.

Las Cartas han tenido, a pesar de que no se aplican en algunos países con toda su fuerza, un gran impacto. Es importante subrayar que el médico tiene una normativa propia, la que proviene de los códigos deontológicos, que le son obligatorios, pudiéndosele imponer sanciones en caso de no cumplimiento. Estos códigos tienen un carácter corporativista y, por tanto, protegen más al

médico que al paciente y están, además, impregnados de la mentalidad paternalista. En este contexto, las Cartas parecen equilibrar esa situación, marcando unos «derechos de los enfermos», y consiguen compensar el desequilibrio existente en el orden del derecho subjetivo y privado que se aplicaba a la relación médico-enfermo.

5. Los grandes principios de la bioética

La creación en Estados Unidos de la Comisión Nacional (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) respondía a la urgente necesidad de dar una respuesta ética a los múltiples problemas que se estaban suscitando como consecuencia de los grandes avances biomédicos. En el fondo, como afirma D. Gracia, se buscaba un equilibrio entre el código único y el múltiple, «intentando respetar las conciencias individuales y a la vez estableciendo algunos principios o criterios objetivos» respetables en una sociedad plural. El Informe Belmont, que recogió las conclusiones de aquel primer estudio, ya aludía a esos cuatro principios que se han hecho clásicos en el desarrollo ulterior de la bioética.

Esta línea fue continuada por la Comisión Presidencial, que enunció ya claramente los tres grandes principios: de beneficencia –enraizado en la vieja tradición ética hipocrática y que se expresaba negativamente en el principio de no-maleficencia–, el de autonomía –que había surgido de las Cartas de los Derechos de los Enfermos– y, finalmente, el de justicia. Como ha escrito Drane, «La Comisión no ofreció justificaciones metaéticas o metafísicas de estos principios. Se limitaron a utilizarlos y a considerarlos como parte integrante del patrimonio cultural de Occidente, que ‘están ahí’ y se utilizan». Esta forma de actuar se mostró operativa y permitió marcar una serie de directrices éticas que eran aplicables y daban respuesta a los complejos problemas que debía abordar dicha

Comisión. Hoy ya es un tópico en las publicaciones de bioética hacer referencia a los principios fundamentales de esta disciplina.

Más aún, J. Drane ha llegado a afirmar que «la bioética salvó a la ética» en Estados Unidos: ya que los especialistas de dicho país estaban implicados en el estudio de las características formales de los principios éticos, sin dar respuesta a los problemas candentes que urgían a la sociedad estadounidense (la guerra del Vietnam, los conflictos raciales y en los campus universitarios...). En ese sentido la bioética hizo que la reflexión ética tuviese que descender al terreno concreto de una problemática que no permitía dilaciones y a la que debía darse una respuesta concreta. «Cómo la medicina salvó la vida de la ética» es el título de un trabajo de Toulmin que refleja el gran impacto de la problemática médica en el desarrollo de la ética.

El Informe Belmont significó un verdadero espaldarazo a la incipiente bioética y marcó un nuevo estilo en los enfoques metodológicos de esta disciplina. Los problemas de bioética ya no se analizan de acuerdo con los códigos deontológicos, sino en torno a los principios citados y a partir de procedimientos derivados de ellos. Se había llegado a la aceptación de unos principios éticos y a la convicción de que «unos principios éticos más amplios deberían proveer las bases sobre las que formular, criticar e interpretar algunas reglas específicas». Su función era la de «servir de ayuda a científicos, sujetos de experimentación, evaluadores y ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos inherentes a la investigación con seres humanos».

5.1. Los principios de no-maleficencia y beneficencia

Estos dos principios éticos están en la base del Juramento de Hipócrates y han sido centrales en la

ética médica clásica. El Juramento contiene, por una parte, el llamado principio de no-maleficencia, que empalma con un principio ético, enunciado en latín y cuyo origen no es claro, el de «*primum non nocere*», «ante todo, no hacer daño». Beauchamp y Childress consideran que es un principio independiente, ya que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el de beneficencia –que es el que exige promover el bien del enfermo– y lo formulan como «se debe no infligir daño a otros». Es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño. Lo expresa el Juramento de Hipócrates al afirmar: «Evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos ni induciré a nadie sugestiones de tal especie»; «librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitando sobre todo la corrupción de mujeres y jóvenes, libres y esclavos»; «Guardaré secreto acerca de lo que oiga o vea en sociedad y no sea preciso que se divulgue». Este principio de no-maleficencia es más general y obligatorio que el de beneficencia: pueden darse situaciones en que un médico no esté obligado a tratar a un enfermo, pero sí lo estará a no causarle positivamente daño alguno. De este principio se derivan para el médico normas como «no matar», «no causar dolor», «no incapacitar (ni física ni mentalmente)», «no impedir placer».

El principio de beneficencia –en su sentido etimológico de «hacer el bien»– está incluido en el Juramento de Hipócrates, tanto en las obligaciones del médico hacia sus maestros y familiares, como en su afirmación de que «estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa» y, sobre todo, en la exigencia de que «en cualquier casa que entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos». La Declaración de Ginebra (1948) sintetiza de forma lapidaria este principio tradicional de la praxis médica al afirmar

que «la salud de mi paciente será mi primera preocupación». El Informe Belmont no distinguía claramente entre beneficencia y no-maleficencia y se concretaba en dos normas: la de no hacer daño y la de extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El principio de beneficencia ha jugado un papel fundamental en el rol del médico dentro de nuestra cultura. Se ha asociado tradicionalmente la figura del médico a la del sacerdote. Se le ha exigido que ponga sus conocimientos, la ciencia adquirida, sus valores éticos y su dedicación, al servicio del enfermo. Ésa es su misión en la sociedad: la de «hacer el bien» al enfermo por medio de la ciencia médica. Ése es el *ethos* de una profesión, a la que se le ha dado con mucha frecuencia un fuerte componente vocacional. Incluso el profesional de la salud debe estar dispuesto a asumir riesgos para luchar contra la enfermedad —un tema que ha adquirido de golpe una gran actualidad en relación con la irrupción del virus del SIDA—. Ya hemos indicado anteriormente cómo, especialmente en el ámbito estadounidense, pesa hoy una especial sospecha sobre el principio de beneficencia por su inherente componente de «paternalismo», que puede convertir al enfermo en un menor de edad. Pero también es claro que en todos los dilemas médicos está siempre implicado este principio básico: la exigencia ética de hacer el bien y de que los profesionales de la salud pongan sus conocimientos, su capacidad de relación humana, su humanidad, al servicio de la persona que vive el trance siempre doloroso y angustioso de la enfermedad.

Algunos autores consideran, no obstante, que este principio es, ante todo, una actitud ideal, de perfección. Afirman que no es obligatorio hacer el bien y que no es lo mismo justificar que hacer el bien es moralmente correcto, que decir que es obligatorio.

Beauchamp y Childress afirman que el principio de beneficencia establece la obligación de que

un individuo X haga bien a Y, si se dan las siguientes condiciones:

Y está amenazado de padecer una pérdida o daño importante.

La acción de X es necesaria para evitar un daño o pérdida importante.

La acción de X probablemente evitará dicho daño o pérdida.

Esta acción no implicará un daño significativo para X.

Los beneficios que recibirá Y superan ampliamente los daños que pueda sufrir X.

En consecuencia, más allá de los riesgos considerados mínimos para X, se tratará de una acción virtuosa, que supera el campo de la obligación. Se trataría de ser «un mínimo samaritano» y no «el buen samaritano». Por tanto, para que el principio de beneficencia sea obligatorio debe haber un cálculo de costes y beneficios. Ciertamente este cálculo es sumamente complejo y no es fácil evaluar y diversificar esa ponderación.

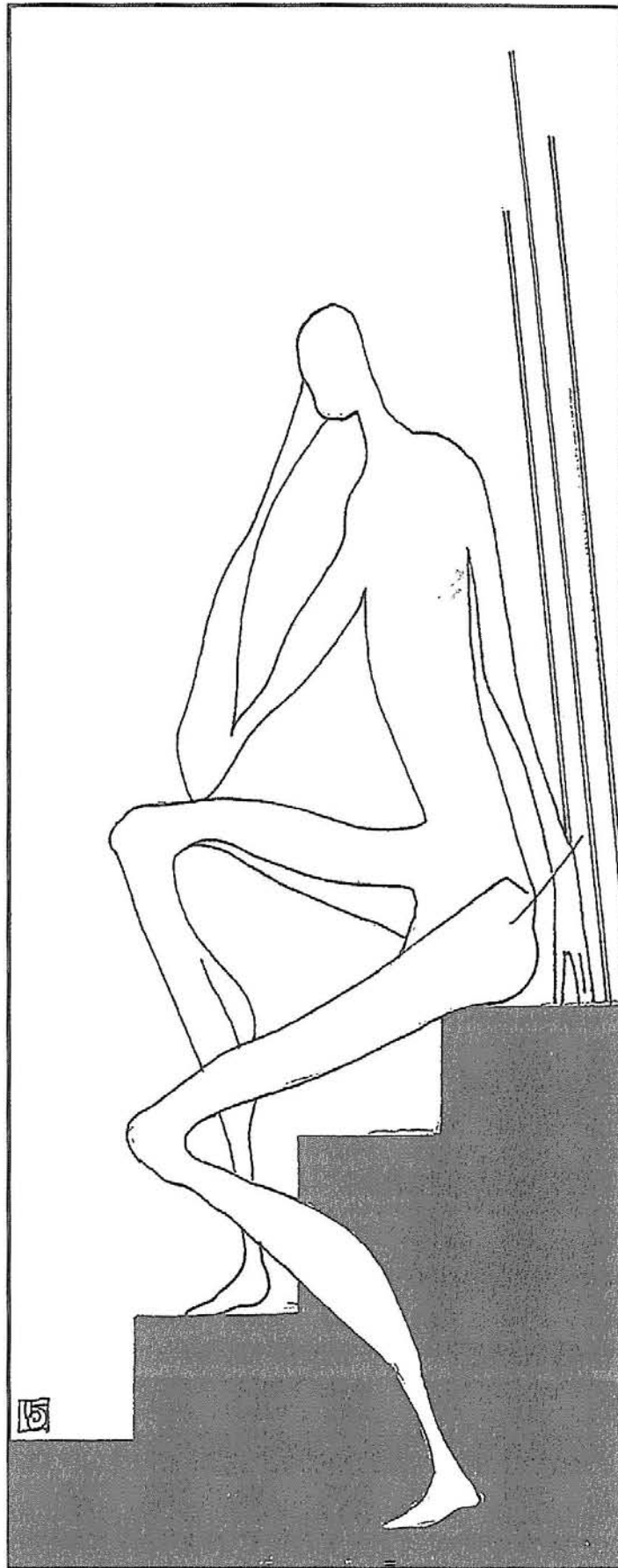
La gran crítica contra el principio de beneficencia es su peligro de paternalismo; el que se aplique sin consentimiento del enfermo, sin que éste decida aceptar el bien que se le quiere hacer como bien suyo, que se actúe incluso en contra de su voluntad.

5.2. *El principio de autonomía*

Este segundo principio es el que está en la base del nuevo marco de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes en las Cartas de Derechos de los Enfermos. Por debajo del concepto de «consentimiento informado» está el reconocimiento de la autonomía, de la capacidad de decisión del paciente. Últimamente lo que subraya el principio de autonomía es el respeto a la persona,

a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo. Significa la superación de esa tendencia a convertir al paciente en un menor de edad, a quien se tiende a mantener sistemáticamente al margen de algo que a nadie afecta más que a él mismo. Podemos decir que el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma. En la bioética estadounidense se da un fortísimo relieve a este principio ético, sin duda como consecuencia de las características de la cultura de aquel país, y, en las inevitables tensiones con el principio de beneficencia, se tiende a dar más relieve a la autonomía del enfermo. Un ejemplo paradigmático de esta tensión sería el conflicto entre la tendencia de los profesionales sanitarios a hacer una transfusión sanguínea a un testigo de Jehová –principio de beneficencia– y el respeto a la persona cuyas convicciones religiosas le impiden aceptar dicha transfusión –principio de autonomía–.

El principio de autonomía no aparece de ninguna forma en el Juramento de Hipócrates y apenas fue recogido en los códigos deontológicos, salvo en los muy recientes. Tampoco hay nada en la Declaración de Ginebra que refleje la presencia de este principio. Por ello es evidente que la línea ética hipocrática tenía una escasa sensibilidad hacia la autonomía del enfermo. Se centraba en las exigencias éticas que el médico estaba llamado a realizar, pero sin subrayar, como contrapartida, la existencia de unos derechos por parte del enfermo que los profesionales de la salud deben respetar. Precisamente la primera Carta de Derechos de los Enfermos repite continuamente, como expresión de un nuevo marco de relación sanitaria, la frase: «El enfermo tiene derecho...». Se trata de unos derechos que reflejan y expresan la autonomía del enfermo y el respeto debido a sus opciones.



El Informe Belmont denomina este principio como «el respeto por las personas» y afirma que incorpora, al menos, dos convicciones éticas: «primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos; y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección». Parte de una concepción del ser humano como ente autónomo: «individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación». Por ello, añadirá que «respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros». Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello». Por tanto, entiende la autonomía en su sentido concreto: como la «capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa», y no se trata del concepto kantiano, el hombre como autolegisla-dor, sino en su sentido más empírico: lo que se haga con el paciente deberá pasar siempre por el trámite del consentimiento informado.

El principio de autonomía surge, especialmente, del pensamiento de I. Kant, y se refiere a la capacidad del sujeto para gobernarse por una norma que él mismo acepta sin coacción externa, una norma que debe ser universalizada por la razón humana. John Stuart Mill había considerado la autonomía como la ausencia de coacción en la capacidad de acción y pensamiento del individuo. Para ambos autores la autonomía tiene que ver con la capacidad de autodeterminación del individuo.

El pensamiento filosófico moderno ha incorporado la autonomía como una noción fundamental en la antropología y en la ética. De ahí surge el principio de autonomía, que puede formularse como «todo hombre merece ser respetado

en las decisiones no perjudiciales a otros». H. T. Engelhardt afirma que el principio de autonomía considera que la autoridad para las acciones que implican a otros se deriva del mutuo consentimiento que involucra a los implicados. Como consecuencia de ello, sin ese consentimiento no hay autoridad para hacer algo sin tener en cuenta al otro. Las acciones que se hacen en contra de tal autoridad son culpables ya que violan la decisión del otro y, por tanto, son punibles. Engelhardt llega a la formulación: «No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has puesto de acuerdo, mutuamente, en hacer». De este principio surge la obligación social de proteger a los individuos para que puedan expresar su consentimiento, antes de que se tomen acciones contra ellos, y de proteger a los débiles, a los que no pueden consentir por ellos mismos.

5.3. *El principio de justicia*

Para definir este tercer principio de la bioética se ha acudido a la vieja definición del jurista romano Ulpiano: «Ius suum unicuique tribuens», «dar a cada uno su derecho». En una formulación especialmente válida, se le ha definido como: «Casos iguales requieren tratamientos iguales», sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos... Se ha propuesto, como modelo de aplicación del principio de justicia, la teoría sobre «el observador ideal»: se trataría de un personaje imaginario que, ante un caso concreto, por ejemplo, a quién se debe elegir dentro de dos potenciales candidatos a un trasplante cardíaco, fuera *omnisciente* —que conociese el mayor número posible de datos—, *omnipercipiente* —capaz de percibir los aspectos personales implicados—, *desinteresado* —que no actuase por móviles egoístas o interesados— y *desapasionado (imparcial)* —que aunque empatice con la situación de las personas afectadas, esta implicación, sin embargo, no le debe condi-

cionar—. Es una figura que puede ser válida en casos similares al ejemplo antes citado.

Salta a la vista la importante relación del principio de justicia con la problemática que surge de la distribución de los recursos sanitarios: por ejemplo, ¿qué preferencia debe darse a los infectados por el VIH, cuando el tratamiento antiviral es sumamente costoso y no logra la recuperación definitiva de los afectados, sino únicamente importantes mejoras en su calidad y cantidad de vida...? El principio de justicia está en alguna forma insinuado en el Juramento de Hipócrates al rechazar la seducción de «libres y esclavos» y sí se encuentra claramente presente en la Declaración de Ginebra, que afirma: «No permitiré consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente».

El Informe Belmont definía el principio de justicia como «imparcialidad en la distribución» de los riesgos y los beneficios. El problema surge de la consideración sobre «quiénes son iguales», ya que entre los hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas.

Al mismo tiempo, de los tres principios siguen procedimientos prácticos: la beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos; la autonomía conduce a la percepción de si existe un verdadero consentimiento informado; la justicia lleva a una selección equitativa de los sujetos.

Indiscutiblemente, la aceptación común de estos principios éticos —algunos añaden además los de honestidad y eficiencia— no significa que las respuestas éticas ante la problemática bioética sean coincidentes. Lógicamente, los citados principios, como ya hemos indicado, entran en conflicto y siempre surgirá el interrogante de cuál de ellos debe ser privilegiado —y en donde va a tener un influjo significativo la propia cultura—. La bioética

estadounidense tiende a dar un mayor relieve al principio de autonomía sobre el de beneficencia, al revés de lo que puede suceder en el mundo latino, menos sensible hacia la libertad, la privacidad y la confidencialidad de las personas afectadas. Pero, en todo caso, se ha adquirido la convicción, basada en la experiencia de los últimos 25 años, de que es posible el diálogo y un lenguaje común al abordar la compleja problemática de la bioética y que, además, se puede percibir en dónde se sitúan los puntos de discrepancia.

¿Es posible una jerarquización entre estos cuatro principios? Coincidiendo con D. Gracia, consideramos que los de justicia y no-maleficencia tienen un rango superior, ya que el primero exige que todo ser humano sea tratado en su dignidad personal, como fin y no como mero medio, de tal forma que no sea discriminado por razones como las económicas, raciales, religiosas... Y el de no-maleficencia exige un respeto a los bienes y valores de la persona, a la que no se le puede infligir daño. En un segundo nivel habría que situar los de autonomía y beneficencia, como subordinados en principio a los anteriores. Los dos primeros principios se sitúan al nivel de una «ética de mínimos», que debe respetar toda sociedad, y tienen siempre sus repercusiones jurídicas.

Ciertamente sigue en pie, y a ello aludiremos más tarde, el tema de cómo se fundamentan últimamente estos principios básicos de la bioética. La tradición filosófica y jurídica estadounidense ha sido más pragmática, mientras que la europea ha sido más sensible a la fundamentación de los principios éticos y a la reflexión sobre la jerarquía existente entre los mismos. Probablemente nunca habrá unanimidad en los intentos de fundamentación desde las diferentes teorías o modelos éticos. Es importante subrayar que si se analizan los contenidos de la *Declaración de los Derechos Humanos* se percibe cómo en el fondo de los derechos, reconocidos a toda persona, subyacen el citado principio de beneficencia y, sobre todo, los de no-malefi-

cencia, autonomía y justicia. Son las mismas exigencias éticas que rigen la vida social y sobre las que se considera que únicamente puede construirse una sociedad humana y armónica. Son también los mismos principios que sirven de guía y de faro ante la muy compleja problemática suscitada por el impresionante desarrollo de las ciencias biomédicas.

6. La bioética en España

Dentro de la asignatura de Medicina Legal se daba un relieve a los temas de moral o deontología médicas, que, en la España de la posguerra, se impartían con un carácter claramente confesional católico. De esta época existe una serie de publicaciones, entre las que podríamos destacar las del obispo Alonso Muñoyerro y del jesuita F. Javier Peiró. En los años 70, y salvo alguna excepción, la existencia de esa asignatura tenía un relieve muy escaso en las Facultades de Medicina. En las Escuelas de Enfermería –entonces de ATS y, bastantes de ellas, católicas– sí se desarrollaba el estudio de la ética profesional, aunque siempre con un carácter secundario. A partir de la transición democrática, la asignatura de Deontología Médica prácticamente se extinguió. Actualmente se ha introducido en el nuevo plan de estudios de las Facultades de Medicina la asignatura optativa de Bioética –con el nuevo nombre–. Al mismo tiempo y dentro del *currículum* de las Escuelas de Enfermería existe la asignatura, con un carácter secundario, de Ética y Legislación en Enfermería.

Los centros españoles de bioética más importantes son los siguientes:

1) *Máster de Bioética*: El Prof. Diego Gracia, catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, inició en 1990 un máster, por el que han pasado ya un centenar de alumnos. Gracia ha continuado en su reflexión dos tradiciones españolas tan importantes como las de

Xavier Zubiri y Pedro Laín Entralgo, y, entre sus numerosas publicaciones, debe destacarse su gran libro *Fundamentos de bioética*, que constituye, a nuestro entender, una de las obras más importantes escritas en el mundo sobre esta temática. Los graduados del máster han creado su propia asociación y están jugando un papel muy importante en el desarrollo de los Comités de Ética hospitalarios o asistenciales. La Universidad Autónoma de Barcelona comenzó hace dos años otro máster, con una especial referencia a los temas jurídicos conexos con la bioética, y en el curso 1996-97 se inicia otro más en la Universidad Central de Barcelona.

2) *Instituto Borja de Bioética*: lo dirige desde su fundación el Dr. Francesc Abel, sj. El Instituto tiene la mejor biblioteca y centro de documentación existente en España y, sin duda, una de las mejores de Europa. Desde hace varios años colabora con la revista de los Hermanos de San Juan de Dios, *Labor Hospitalaria*, habiendo publicado excelentes números monográficos que incluyen con frecuencia la traducción de colaboraciones de relevantes autores, especialmente estadounidenses. Abel ha sido pionero en la creación del primer Comité de Ética Asistencial en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, cuyos orígenes se remontan a 1976. Nos parece importante resaltar aquí la importancia que ha tenido la Orden Hospitalaria en la génesis de los citados Comités y de la revista *Labor Hospitalaria*.

3) *Cátedra de Bioética* de la Universidad Pontificia Comillas Madrid, que dirigimos desde su fundación en 1987. La biblioteca de la Universidad tiene un buen fondo de publicaciones de bioética. La Cátedra ha publicado ya once volúmenes de su colección «Dilemas éticos de la medicina actual», en la que ha tratado muchos de los más importantes tópicos de bioética y para el curso próximo iniciará un máster en esta disciplina. También y en colaboración con PROMI, una institución ejemplar y pionera en la aproximación a las personas con discapacidad mental, ha comen-

zado una nueva colección con el título «Dilemas éticos de la deficiencia mental».

4) *Cátedra de Genoma y Derecho Humano* de la Universidad de Deusto: ha surgido como consecuencia de cuatro grandes simposios, ya publicados, sobre ese gran proyecto de la genética, financiados por la Fundación BBV. Está al frente el Prof. Carlos Romeo Casabona, uno de los mejores especialistas españoles en temas de bioderecho. Publica una revista, con el mismo título de la Cátedra, en castellano e inglés.

5) *Centro de Bioética de Galicia*: también ha iniciado en 1995 un máster en bioética y publica la revista *Cuadernos de Bioética*. Junto a este centro, deben citarse otros, igualmente vinculados al Opus Dei, como el de Andalucía.

6) Finalmente existe un relevante número de publicaciones sobre bioética proveniente de instancias católicas, entre las que deben citarse las obras de Marciano Vidal, F. J. Elizari, E. López Azpitarte... Igualmente hay que mencionar la revista *Humanizar* de los PP. Camilos y otras revistas teológicas como *Moralía*, *Razón y Fe*, *Proyección...* en las que son frecuentes colaboraciones sobre esta temática. A diferencia de lo que acontece en Estados Unidos, en donde a partir de los años 70 se produce un proceso de secularización de la bioética, anteriormente muy marcada por la obra de teólogos de dicho país, en España la presencia eclesial sigue siendo muy importante en este campo.

7. Reflexiones finales

1. McCormick escribía que la bioética no debe percibirse como esos carteles que aparecen a la puerta de las casas con el conocido «cuidado con el perro». Como escribía Callahan, debería ser «una fuerza amiga, no hostil, dentro de la medicina». Pero hoy puede existir el peligro de saludar con entusiasmo todo nuevo avance en el campo científ-

fico, y la reflexión bioética no puede ni debe eludir el análisis ético de lo que todo avance científico conlleva y no mantenerse en silencio. Como afirma el mismo Callahan, la bioética no puede acallar preguntas, a veces duras; no es su misión ser turbadora por principio, por el hecho de serlo, sino «porque la misma naturaleza de la ética exige preguntar cuestiones duras, que traen siempre turbación. La bioética necesita quizá retornar a su primera tradición y expandir sus propios horizontes».

2. Anteriormente hemos hablado de los principios de bioética y de la carta de ciudadanía que han adquirido en los actuales debates sobre esta temática. Sin embargo, no se ha cerrado la discusión sobre la fundamentación de los mismos. Coincidimos con Beauchamp al afirmar que dichos principios son compatibles «con una amplia variedad de teorías éticas» y que «una aproximación basada en los principios no es unilateral, excluidora y, menos aún, una aproximación tiránica a la bioética». Es indiscutible que la aceptación de estos principios ha prestado una racionalidad y un lenguaje común a los debates de bioética y al tratamiento de sus temas concretos.

3. El surgimiento y primer desarrollo de la bioética se inscribe en el *humus* de los movimientos sociales y de reivindicación de los derechos civiles de los grupos vulnerables existentes en Estados Unidos durante los años 60. El paciente se encontraba también sometido e impotente ante el gran poder de los médicos y la bioética introdujo su preocupación por el primer grupo de personas. De ahí ha surgido, especialmente en Estados Unidos, el fuerte énfasis en el principio de autonomía. Nos parece que debe encontrarse un mayor equilibrio con los otros principios y que, volviendo a lo que fueron sus raíces, la bioética debe ser hoy muy sensible ante los problemas suscitados por los grupos vulnerables que siguen existiendo en la sociedad occidental y, sobre todo, en los países pobres. Los temas de la asistencia sanitaria y el del SIDA son paradigmáticos de la necesidad de

reintroducir la gran tradición del principio de beneficencia –«santo y seña de la medicina», como dice Diego Gracia– así como las exigencias dimanantes del principio de justicia.

4. Callahan considera que el florecimiento de la bioética tuvo que evitar los prejuicios que gravitaban en Estados Unidos sobre la ética, como una disciplina que connotaba religión, subjetividad, emotivismo..., pero no un asunto propio del discurso público. De ahí que «la primera cosa que tenían que hacer los bioeticistas –aunque no creo que nadie lo hiciese en su agenda consciente– era dejar de lado la religión». Sin embargo, el mismo Callahan ha afirmado posteriormente tres consecuencias negativas de esta situación de abandono de las tradiciones religiosas. La primera es que las determinaciones jurídicas se tienden a convertir en la fuente compartida de moralidad para determinar lo que es ético o no lo es. La segunda consecuencia es que el discurso bioético está perdiendo la sabiduría y los conocimientos acumulados por las grandes tradiciones religiosas. Finalmente, este clima lleva a pensar que no somos hijos de comunidades morales particulares, sino que únicamente formamos parte de una comunidad general que expresa nuestro pluralismo. Pero este pluralismo, según el mismo Callahan, se convierte en una fuerza opresora que obliga a silenciar las propias convicciones y a tener que utilizar una especie de «esperanto moral». Las últimas palabras de su artículo son significativas: «Con tantas riquezas a nuestra disposición –las aportadas por las culturas religiosas– ¿por qué hemos acabado, en nombre de la paz social, en una sal que ha perdido su sabor?».

Como hemos indicado anteriormente, la bioética española se sigue moviendo fuertemente en ámbitos creyentes. Esto no implica que no deba entrar en un diálogo ético plural, aunque manteniendo el *ethos* de su propia perspectiva. Estoy convencido de que esta apertura del diálogo puede ser beneficiosa en ambas direcciones. La palabra «puente» fue central en el nacimiento de la bioéti-

ca, tanto en el legado de Potter como en el de Hellegers. En nuestro país, en el que la bioética se está desarrollando con bastante pujanza y en el contexto de una sociedad marcadamente plural, debe construirse igualmente ese «puente» entre los diversos sectores que están reflexionando sobre esta apasionante disciplina.

Bibliografía

- AA. VV., «Códigos Deontológicos y normativas ético-jurídicas recientes», en *Labor Hospitalaria*, 18, nº 202 (1986) (monográfico).
- AA. VV., «Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento», en *Labor Hospitalaria* 25, nº 229 (1993) (monográfico).
- AA. VV., «The Birth of Bioethics», en *Hastings Center Report* 23, nº 6 (1993) s. 1-16 (Special Supplement).
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F., *Principios de ética biomédica*, Madrid, 1987.
- Callahan, D., «Bioethics as a Discipline», en *Hastings Center Studies* 1, nº 1 (1973) 66-73.
- Drane, J. F., «La bioética en una sociedad pluralista», en Gafo, J. (ed.), *Fundamentación de la bioética...* p. 96.
- Engelhardt, H. T. Jr., *Los fundamentos de la bioética*, Barcelona, 1995.
- Gafo, J. (ed.), *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1988, 119-132.
- Gafo, J., «Los Códigos médicos», en Gafo, J. (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Madrid, 1986, 17-19.
- Gafo, J., «Veinticinco años de bioética», en *Razón y Fe*, 234 (1996) 401-414. Agradezco a la citada revista por haber permitido reproducir una parte importante de ese artículo.

- Gafo, J., *Ética y Legislación*, Universitas, Madrid, 1994, 20.
- Gracia, D., «Los derechos de los enfermos», en Gafo, J. (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1986, 43-87.
- Gracia, D., «*Primum non nocere*»: *El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica* (Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina) Madrid, 1990.
- Gracia, D., *Fundamentos de bioética*, Madrid, 1989.
- Gracia, D., *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid, 1991, 31-33.
- Jonsen, A. R., «The Birth of Bioethics», en *Hastings Center Report* 23, nº 6 (1993) s. 1-4.
- Informe Belmont, publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el volumen *Ensayos Clínicos en España (1982-1988)*, Madrid, 1990, Anexo 4.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 1977.
- Potter, V. R., *Bioethics: A Bridge to the Future*, Englewood Cliffs (N. J.), 1971.
- Reich, W. T., «The Word 'Bioethics': Its Birth and the Legacies of those Who Shaped It», en *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, nº 4 (1994) 319-335.
- Reich, W. T., *Encyclopedia of Bioethics*, MacMillan y Free Press, Nueva York/Londres, 1978. Esta gran obra ha sido reeditada por el mismo Reich en 1995.
- Rothman, D. J., *Strangers at the Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, Nueva York, 1991, 150-151.