

BIOÉTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPAÑA

Jesús González Cajal

Médico Psiquiatra Adjunto. Sección de Psiquiatría. Hospital de La Princesa. Madrid

Resumen: Después de fundamentar de una manera breve y concisa algunos aspectos doctrinales, histórico legales, legislativos y educativos que han podido dar lugar al creciente conflicto en la relación sanitario-usuario-Administración, expongo las iniciativas y estrategias llevadas a cabo en los últimos años en nuestro país, a varios niveles, tendentes a la implantación metodológica y rigurosa de la Bioética Clínica y los protocolos de Consentimiento Informado (C.I.) entre los profesionales de la sanidad española, incluido el estado actual de dichos protocolos en nuestros hospitales y una revisión de lo publicado al respecto en revistas clínicas españolas.

Introducción

Soy consciente del riesgo que supone toda generalización ya que puede falsear selectivamente la realidad, empobrecer el análisis detallado de ésta y añadir sesgos injustos y descalificantes, pero lo asumo al mismo tiempo que pido disculpas por adelantado a todas aquellas personas físicas o jurídicas que, por error u omisión involuntaria, se puedan sentir heridas por lo que aquí expongo; quedo a su entera disposición y estoy dispuesto a rectificar por escrito si hiero susceptibilidades.

No me mueve otra meta que la esperanza de aportar algo para que la Bioética Clínica se fomente cada vez más entre los sanitarios de este país.

Falta hace, a mi entender.

Fundamentación

El síndrome de Burn-out¹ hace estragos entre los trabajadores de la Sanidad Española. Desde el menos cualificado al que piensa que lo es más, el "profesional quemado" es la triste norma en todo el ámbito sanitario. Y esto lo notan los pacientes, los cuales, además, cada vez están más insatisfechos de los cuidados asistenciales que reciben, como lo prueba el crecimiento exponencial de las denuncias contra la Administración, los médicos y ATS de estos últimos años².

Naturalmente que hay muchas causas de este malestar, y son de diversa índole. No es mi intención profundizar en ellas sino enumerar algunas, siguiendo casi al pie de la letra a mi maestro en estas lides, el Dr. GRACIA GUILLEN³ y ⁴.

Somos fruto de un devenir histórico; formamos parte de los llamados países civilizados occidentales y la fecunda huella de las tres grandes revoluciones occidentales democráticas (inglesa, norteamericana y francesa) se nota, afortunadamente. La libertad, la autonomía, el respeto a los derechos humanos⁵, incluida la escala de valores de todos y cada uno⁶, configuran, en parte, nuestro medio cultural y son conquistas de la modernidad.

La salud siempre ha sido uno de nuestros bienes más preciados; como seres vivos pensantes que somos, ocupamos la cúspide de la escala filogenética. La enfermedad en teoría pone en peligro nuestra vida y, por ello, dispara automáticamente nuestros mecanismos de alerta. Todo lo relacionado con ella nos hace especialmente proclives a la reflexión profunda (también ética) y puede provocarnos dificultades de adaptación, más en el marco histórico de una sociedad inmersa en un proceso de transformación acelerada en la que se acentúan el individualismo, el consumismo, el culto al cuerpo, el rechazo al dolor, la negación de la muerte, el deterioro medio ambiental, el ecologismo, la conciencia de

crisis global, la inseguridad, la desorientación, la superpoblación, el paro, el agotamiento y/o justo reparto de recursos, la crisis de las ideologías, el cuestionamiento permanente de la autoridad, el aumento de la demanda en la participación en las decisiones, la exigencia de formación y de un tipo de relación menos impositiva y paternalista, más participativa y en un mayor grado de igualdad lo cual puede no ser más que un intento de soslayar algo el proceso de infantilización al que históricamente podemos haber estado sometidos.

En el mundo civilizado occidental esto ocurre en casi todos los ámbitos: matrimonio, familia, vida social, política y también en la relación sanitario-usuario. Hay razones intrínsecas al propio desarrollo de la medicina que lo condicionan y favorecen. Así, en los últimos años aparecen nuevas técnicas (diálisis, trasplantes, resucitación cardiopulmonar, nuevas posibilidades de mantenimiento artificial de las funciones vitales...). Se muere cada vez más deshumanizadamente en los hospitales y esto reactiva el problema de la eutanasia, hay problemas en la experimentación con seres humanos, se plantean dilemas éticos con el aborto y la reproducción "artificial", la manipulación genética y el control conductual; además, aumentan las enfermedades crónicas, los gastos sanitarios crecen y son insuficiente siempre porque el mayor nivel cultural conduce a una mayor demanda de salud, se impersonaliza la asistencia sanitaria pública, entran en profunda crisis los sistemas de seguridad social, etc. etc.

El consumidor de salud, el usuario de la sanidad, el ciudadano medio asiste y contempla todo esto con asombro y con miedo.

Es imposible entender el sentido de la Bioética Clínica si lo desigualamos de este contexto histórico, el cual hace que se replantee el concepto y el papel desempeñado por la medicina en su totalidad y del médico en particular. Por ello la relación sanitario-usuario

no es que sea accidentalmente conflictiva sino que esencialmente lo es. Frente al cada vez más todopoderoso Estado, la sociedad y los individuos reivindican más y más su propio espacio. Un ejemplo típico de ello es el movimiento en defensa de los consumidores, representado en el ámbito de la Sanidad por el movimiento de derechos de los pacientes, los cuales a partir de 1970 reivindican establecer con sus médicos un tipo de relación adulta, es decir de personas que mutuamente se necesitan y se respetan, contraria a la paternalista mantenida hasta entonces porque el poder paterno es pasajero y termina con la mayoría de edad.

En este contexto histórico surge de manera lógica, la primera Carta de Derechos del Paciente el 6 de Febrero de 1973⁷ cuyos 12 puntos viene a salvaguardar algo la autonomía del enfermo frente al avasallador avance de la institución, del Hospital y en el fondo también del Estado. Curiosamente, esos 12 puntos son especificaciones del derecho general al C.I. La conflictividad, el malestar, el desbarajuste está servido, pero por RAZONES HISTÓRICAS muy profundas, de las cuales nadie es culpable porque el curso de la Historia es imparable, positivo porque implica avanzar y crecer. Nada grave ocurriría si los contemplamos con mirada amplia y serena y sabemos adaptarnos a los tiempos todos los implicados: usuarios, sanitarios, instituciones, legisladores y el Estado, porque la sanidad es un problema del Estado. Eso exige esfuerzo y lo que pretendo es reseñarlo.

Algunos aspectos histórico-legales

El inicio de una serie de cristalización de este talante histórico en sanidad comenzó en U.S.A. En 1974 el Departamento Federal de Salud, Educación y Bienestar de este país propone que el código de Derechos de los Pacientes lo adopten los hospitales y demás Centros Sanitarios y que lo distribuyan entre sus enfermos. Un año después lo han adoptado el 30% y distribuido el 10%, pero ya en 1977, 25 estados americanos habían elaborado leyes

sobre ética y C.I. Tengo curiosidad por saber que va a ocurrir en nuestro país, cuya legislación en sus aspectos civiles ha sido revisada y analizada recientemente (marzo del 93) por D.Francisco Javier SANCHEZ CARO, Jefe de Asesoría Jurídica del INSALUD avanza que "en un futuro inmediato el derecho de información de los usuarios de la sanidad en el ámbito español, acaparará una buena parte de los conflictos de salud"⁸.

España quiere ser un país de tradición continental y en el campo de la ética procura también ser fiel a esa tradición de inspiración anglosajona. Así, en enero de 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprueba un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales⁹ invitando a los gobiernos de los 18 estados miembros a tomar diversas medidas relacionadas con la ética. En nuestro país se publica un real decreto en 1978¹⁰ que contiene una relación de derechos a los enfermos, el cual es declarado nulo posteriormente por sentencia del Tribunal Supremo¹¹.

También en 1978, el Congreso de los Estados Unidos crea la comisión presidencial para el estudio de los Problemas Éticos en Medicina y Ciencias de la Vida y la Conducta, el cual publica en 1982 un informe de 3 volúmenes¹² sobre el C.I. mediante el cual este tema pasa de tener un carácter básicamente jurídico y político a alcanzar un estatuto ético definido, a través del cual la ética y la ley están en distinto plano, ocupando aquella uno distinto y superior.

En España, país en el que la función judicial se reduce casi exclusivamente a la aplicación e interpretación de las leyes, de nuevo se reacciona cuando el tema pasa de la base judicial a la estatutaria. Así, el INSALUD, con fecha 1 de octubre de 1984, pone en marcha un plan de humanización de la atención

sanitaria que tiene como objetivo la implantación de una carta de deberes y derechos del paciente, de eficacia prácticamente nula.

Casi dos años después¹² el artículo décimo de la Ley General de Sanidad recoge, aunque muy modificada, esa carta y es entonces cuando, por primera vez los derechos de los pacientes adquieren el rango de un valor legal. Estamos en abril de 1986.

A partir de este momento ya es una obligación también legal, además de ética, que exista constancia escrita del C.I. del paciente en la historia clínica, aunque la ley no exprese con toda claridad en que procedimientos ha de aplicarse¹³, cosa que sí ocurre en países tan cercanos geográficamente como Francia, Bélgica e Inglaterra¹⁴ entre otros.

El año de 1987 es especialmente conflictivo en la Sanidad española, sobre todo en el estamento médico; el creciente malestar se materializa en la mayor huelga que conoce este país de dichos profesionales, consecuencia de muchos factores ya señalados, y de tantos otros que no es el momento de analizar pero sí me permito destacar uno: se podía estar intentando conseguir la casi totalidad de cobertura sanitaria (99% de la población española) con casi los mismos medios que cuando se asistía a menos usuarios, incluido el escaso aumento del porcentaje de P.I.B. destinado a la sanidad en comparación con la mayoría de países vecinos, con la consiguiente merma de la calidad asistencial.

Desde 1988 la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo organizaba bianualmente reuniones de miembros de Comités de Ensayos Clínicos (unos 120 en toda España) y en ellos es patente la preocupación por los protocolos de C.I. para el paciente, lo cual no hace sino confirmar la tradición que ha existido en esta parcela de la sanidad por los problemas éticos, en los cuales han sido pioneros en muchos países. Ya se estaba gestando, en su seno, el Real Decreto sobre ensayos clínicos

que desarrolla la ley 25/1990 del 20 de Diciembre, del medicamento que, en fase muy avanzada va a ser promulgado en breve y que contiene un muy correcto desarrollo de los citados protocolos de C.I.^{15y16} como lo prueba el borrador que nos fué mostrado en 1992 a los alumnos de la 2ª promoción del master de bioética que organiza el Prof. GRACIA GUILLEN en la facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Allí también se nos recordó que el FIS contemplaba ayudas a la investigación en Bioética Clínica. A él hemos asistido 23 médicos y 12 enfermeras, muchos becados por el INSALUD; los primeros hemos cumplido un programa de dos años y 600 horas de duración (Master) y los segundos un año y 250 horas, por lo que han recibido el título de expertos. En todos el compromiso incluye que dediquemos el 70% de nuestro tiempo asistencial al servicio a que pertenezcamos y el otro 30% al trabajo como consultores y como secretarios de los comités éticos en ciernes¹⁷.

En la clausura del Master, junio del 92, el Director General del INSALUD se comprometió públicamente a implantar, con nuestra ayuda, los protocolos de C.I. en los Hospitales de la red del INSALUD como primer paso sería la consideración de los aspectos éticos de la relación sanitario-usuario avalada por la Administración, hito importante porque hasta estos últimos años habían sido los Colegio Médicos a través de su comisión Deontológica los encargados de recordar a los facultativos el derecho a la Información que tienen los pacientes (artículos 10, 11 y 12, código 1990), "en sintonía con los códigos de los países de nuestro entorno y del código ético europeo"¹⁸.

Ocurría, sin embargo, que los médicos más que conocer "intuían" el Código y no tenían noticia continuada de su aplicación práctica en la creciente conflictividad asistencial de estos últimos años y que los usuarios

aunque piensan que los médicos cumplen preceptos éticos "confunden fallos del sistema, simpatía o antipatía del profesional o imposibilidad médica de curación con falta de ética o incumplimiento de las normas deontológicas"¹⁹.

Si a ello unimos que en las Facultades de Medicina Españolas de suprimió la signatura de "Ética y Deontología Médica" hace cerca de 20 años y "raro es el día en el que no sale alguna noticia referida a ese campo en los medios de comunicación con toda suerte de opiniones de la mas diversa índole, que lejos de centrar al que no lee o escucha, le confunden"²⁰ es explicable que dichas reclamaciones se multipliquen por 20 entre 1990-1993²¹, lo cual es un indicio de que la relación sanitario-usuario-administración no marcha bien porque el mal estructural es profundo. La nueva Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas que entra en vigor el 27-II-1993 señala que "el ciudadano ya no tendrá que ir contra un médico, podrá ir directamente contra el INSALUD"²², siendo este, después, el que intenta desplazar la carga de la prueba hacia el sanitario, presunto culpable. Como consecuencia de todo esto, las compañías de seguros se niegan a renovar la póliza que cubre las posibles deficiencias de los servicios sanitarios públicos y los trabajadores de sanidad y la propia Administración quedan más desvalidos, aunque puede que pronto sólo queden así los sanitarios si prospera la enmienda que el grupo parlamentario socialista ha presentado para reformar el artículo 22 del nuevo Código Penal.

El Dr. GRACIA GUILLEN ya publicó en 1987 un artículo²³ en el que proponía una "docencia a cuatro niveles: preclínico, clínico, el propio del período de residencia y el que finaliza con la obtención de los grados de maestría y de doctorado", asunto este que volvió a recordar en mayo de 1992²⁴ junto al Dr. HERRANZ, con motivo de esta buena noticia: "todas las facultades han de ofrecer a sus estudiantes a partir del curso académico

1993-94 un programa formalizado de ética médica"²⁵. Me parece importantísimo este refuerzo a favor de la bioética clínica por parte del Ministerio de Educación y Ciencia y por eso lo reseño aquí; es esperanzador y además, solo en ciertos periodos de aprendizaje es posible incorporar con más facilidad motivaciones hacia la visión ética en la conducta clínica del sanitario.

En septiembre de 1992 se reúne en España la 44ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial y la mayoría de sus declaraciones giran en torno a la Bioética Clínica, incluido el C.I. llamando la atención sobre "la confusión entre el derecho a la atención, que es accesible, y el derecho a lograr y mantener la salud, que no se puede garantizar" y el papel perjudicial que a menudo representa la prensa, al incitar a la desconfianza en los médicos y cuestionar su capacidad, conocimientos, conducta y control del paciente, y al sugerir a estos que representen reclamaciones contra los médicos²⁶. En ella el Dr. FORNES dice entre otras cosas²⁷ que "la ética médica es, y seguirá siendo, el único recurso eficaz para rechazar políticas moralmente inaceptables".

En las mismas fechas (último trimestre del 92) comienzan las reuniones de los Masters y Expertos en Bioética antes citados. Hemos realizado 6, una en el Ministerio de Sanidad, 2 en las sede Central del INSALUD, una en el Hospital de Getafe, una más en la sede del Master (Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid) y la siguiente será el próximo día 27 en el Hospital de la Princesa. En las actas se refleja el esfuerzo de todos y cada uno para elaborar una estrategia común, posibilista, que permita la progresiva implantación en los hospitales del país de los protocolos del C.I. primero y de los Comités Institucionales de Ética (CIES), después. En estos momentos estamos consensuando los ítems mínimos que han de contener los protocolos de C.I. y la composición e implantación de los CIES.

A todas ellas asistió el Prof. GRACIA GUILLEN y las celebradas los días 18-2-93 y 18-3-93 fueron presididas por el Dr. QUINTANA TRIAS, Adjunto al Director General del INSALUD y Subdirector General de Calidad Hospitalaria. El Dr. QUINTANA, además, preside desde 1991 el Comité Director de Bioética del Consejo de Europa, con sede en Estrasburgo e impulsado desde la Secretaría General, por mandato de su Asamblea Parlamentaria en 1985, organismos que en Marzo de 1992 celebraron en Madrid, presididas por nuestro Ministro de Sanidad, la I Conferencia sobre Comités Nacionales de Ética y la XV Reunión del Comité AD Hoc de Expertos en Bioética (CAHBI). Cuento esto para mostrar que el interés por los temas éticos en la Sanidad española viene de las más altas instancias, como lo prueba la referencia a la ética que contempla la referencia a la referencia a la ética que contempla la creación del Consejo Asesor de Sanidad²⁸. En estas reuniones damos cuenta de nuestros trabajos en el Hospital y en otros lugares, con compañeros y afines, informándoles para que "consientan" en incorporar a su praxis diaria el nuevo talante ético que ilumina y fundamenta la implantación del C.I. y los CIES, pero, insisto, con un criterio posibilista en el sentido que salvaguardando el campo doctrinal básico del C.I. y los CIES, se adecúen en lo posible a las necesidades prioritarias de cada servicio según el criterio del propio servicio en cuestión, del cual somos asesores-consultores, avalados por la Dirección y Gerencia del Hospital, a la cual, a su vez, avala y orienta la Dirección General del INSALUD asesorada en esta materia por la Subdirección General de Calidad Hospitalaria (Dr. QUINTANA TRIAS). En lo que respecta al C.I. el interés de que salga adelante debe ser mucho porque dentro de la documentación sobre "Política de Calidad" enviada a los rentes (15-3-93), la referente a "C.I. Específico" es la que a mas hospitales se hizo llegar: 69 de la red del INSALUD.

En un momento en el que los nuevos criterios gerenciales imponen la cantidad de actos asistenciales, nosotros propugnamos la calidad a través de la Bioética Médica.

A pesar del interés que por estos temas lógicamente debía existir entre los médicos, sólo he encontrado una publicación en las revistas clínicas españolas acerca de cómo se hace un protocolo de C.I. en el MEDLINEZ (es referente a la terapia electroconvulsiva²⁹ y humildemente, facilité datos a sus autores porque uno de ellos es compañero de Master), aunque existan 4 más^{30, 31 32 y 33} referentes a la teoría general del C.I. en ensayos clínicos y otras cuatro de temas bioéticos algo más generales^{34, 35 36 y 37}, la mayor parte de ellos publicados en revistas de Cataluña, lugar desde hace más de 20 años la preocupación por la Bioética por sus diversos aspectos está fiel y confesionalmente representada por el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona.

Esto no quiere decir que no existan los citados protocolos en muchos servicios de numerosos Hospitales, pero los que los tienen no cumplen todos los rigurosos requisitos éticos y legales que sugiere el cuerpo doctrinal de la Bioética Clínica ya que muy pocos compañeros han sido formados en esta materia hasta el día de hoy. Esperemos que de ahora en adelante el nuevo talante ético que propugnamos en la relación médico-paciente se imponga, lo cual implica necesariamente un cambio de mentalidad en dicha relación, sin miserabilismos que contaminan la ética y pretenden hacer de ésta SOLO un instrumento más de medicina defensiva para los sanitarios y/o para las instituciones, o lo que es peor, marketing político, conyuntural. Al menos el Dr. GRACIA, mis compañeros y yo sí pretendemos hablar de Bioética Clínica en los Hospitales para que de ella no se haga sólo bandera política, legal o confesional, monetarista o

de otro tipo y para ello pienso que es imprescindible que se arbitren las medidas necesarias para que nos dejen trabajar en ello el 30% de nuestro tiempo asistencial, como nos habían prometido al iniciar el Master, evitando así voluntarismos que a nada útil conducen.

Bibliografía

¹ MASLACH, C.: Burnout: A social psychological analysis. Paper presented at the meeting of American Psychological Association, San Francisco, 1977.

² Programa de TVE-2 "Línea 900", del domingo, 20 horas.

³ GRACIA GUILLEN, D.: "Fundamentos de Bioética" Ed. Udem Universidad 1989.

⁴ GRACIA GUILLEN, D.: Procedimientos de decisión en ética clínica. Ed. Eudema Universidad. 1991.

⁵ LOCKE, J.: Ensayo sobre el gobierno civil (trad esp) Ed. Aguilar. 1969.

⁶ KANT, I.: Crítica de la razón práctica (Trad. M.García Morente) Ed Espasa Calpe. 1984.

⁷ AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION: "A patients bill of rights", reproducido en t. reich, w. ed, "Encyclopedia of Bioethics". Nueva York, The Free press. 1978.

⁸ SANCHEZ CARO, F.J.: "El derecho a la información en la relación sanitaria: aspectos civiles". Revista Jurídica "Ley", marzo 1993.

⁹ PECES BARBA, G.: Escritos sobre Derechos Fundamentales. Ed. Eudema 1988.

¹⁰ B.O.E. del 28 de agosto de 1978.

¹¹ ROMEO CASABONA, C.: "El médico ante el derecho". Ed. Ministerio de Sanidad y consumo. 1986.

¹² "Ley General de Sanidad", en Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986.

¹³ DE LORENZO, R.: "Historias clínicas". Revista del Consejo General de Colegios Médicos (OMC). Jun. 1991, nº 12, pags. 26-27.

¹⁴ GRACIA GARCIA, J.: "Información al paciente" Cf. (13), pag 28.

¹⁵ Investigación Clínica y Bioética. Sociedad Española de Farmacología Clínica. Barcelona. n.º 2. Abril-Junio. 1992.

¹⁶ Tengo en mis manos el último borrador (23 marzo 1993) que va a ser pasado al consejo de ministros.

¹⁷ GRACIA GUILLEN, D.: "Enseñanza post-graduada y formación continuada en ética médica". Revista del Consejo General de Colegios Médicos (OMC). Jun-Jul. 1992, n.º 21, pags. 25-28.

¹⁸ AIZPURI, J.: "Ética médica y Código Deontológico". Cf. (13), pags 21-22.

¹⁹ BERZOSA BLANCO, A.: "El código de deontología médica visto desde fuera. Cf. (13), pgs. 23.

²⁰ VALDES-HEVIA Y VILLA, J.: "Medicina y urgencia de la ética" Cf.(13), pag 5.

²¹ DE LORENZO, R.: "Diario médico del miércoles". 17-II-93, pag 6

²² PLATEU, Ricardo: Recoge las declaraciones del Ministro de Sanidad en el Diario "El Mundo", jueves, 25-2-93, pag 17.

²³ GRACIA GUILLEN, D.: "La bioética, una nueva disciplina académica" JANO, 1987, n.º 781, pags 69-74.

²⁴ Cf. (17)

²⁵ HERRANZ, G.: "La enseñanza de la ética y la deontología médica a nivel postgraduado", Revista del Consejo General de Colegios Médicos (OMC). Jun-jul 92, n.º 24, pag 18.

²⁶ Revista del Consejo General de Colegios Médicos (OMC). Nov-Dic 92, pag 30.

²⁷ FORNES, J.: "Adaptación de la ética médica a un mundo en constante evolución" Cf. (26), pags 26-28.

²⁸ B.O.E. del 12 de Diciembre de 1992.

²⁹ SIMON LORDA, D.; SIMON LORDA, P. y otros: "El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito en consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock". Anales de Psiquiatría. (Madrid). vol 8 n.º 7, pags 245-252. 1992.

³⁰ DE ABAJO, F.J.; SERRANO CASTRO, M.A. y otros: "El consentimiento informado y los Comités de Ensayos Clínicos". Med-Clin. BARC, 1989 Dic. vol. 93, n.º 20: 801

³¹ VILLANO, A.; COLOME, E. y otros: "El consentimiento informado y los Comités de Ensayos Clínicos". Med-Clin. Barc. 1990, Abril; vol 94, n.º 15: 599.

³² DAL-RE, R.: "Investigación clínica con fármacos: estudio de la influencia de la información sobre reacciones adversas en la obtención del consentimiento informado". Med-Clin. Barc. 1991. Abril, vol. 96 n.º 15: 566-9.

³³ NAVARRO, F.A.; LOPEZ GIL, J.A.: "Aleatorización, consentimiento informado y doble ciego". Med-Clin Barc. 1992, Enero, vol 98, n.º 2: 78.

³⁴ POVEDA, J.M.: "Bioética y Medicina Psicosomática". Actas Luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines". 1990. Marzo-Abril, vol.18, n.º 2: 77-9.

³⁵ FERNANDEZ GARCIA, J.: "Bioética y bioderecho en los programas de la especialidad", Sangre-Barc. 1991, abril, vol. 36, n.º 2: 166-7.

³⁶ CABALLOS, A. P.: "Filosofía y Medicina". Rev. Med. Univ. Navarra. 1991, Abril-Junio. vol. 34, n.º 2: 43-4.

³⁷ BUENOSANCHEZ, M.: "Bioética y Pediatría". An-Esp. Pediatr., Junio vol. 34, n.º 6: 409-17.

Correspondencia: Jesús González Cajal. Sección de Psiquiatría. Hospital La Princesa. c) Diego de León, 62. Madrid.