

La consciència bioètica en la pràctica pediàtrica

Joan Vidal-Bota

Comitè de Bioètica de Catalunya. Comitè Ètic Assistencial de Lleida.

"Es pot requerir del devot de la ciència que, abans de lliurar-se a l'erudició, adquireixi una comprensió ètica de sí mateix, i que continuï comprenent-se èticament a sí mateix mentre es trobi immers en les seves labors..."

Søren Kierkegaard (1813-1855)¹

Allunyant-se de la clàssica lliçó teòrica, William Osler (1849-1919) ensenyava als alumnes a la vora del malalt i els repetia que per ésser metge no n'hi ha prou amb el cap sinó que també és necessari el cor. El nostre ideal com a metges –i com a pediatres– no queda satisfet amb un coneixement extraordinari de la ciència mèdica. Per fer-lo realitat necessitem complementar els coneixements mèdics amb l'exercici d'un profund respecte pel malalt i amb un desig de dedicació personal a ajudar-lo. Però aquest model de dedicació no ha estat sempre una realitat.

El que a continuació refereixo va ocórrer fa poc temps en una aula de medicina. Es comentava la possibilitat d'explicitar els reflexos arcaics del nadó a l'anencèfal. Una estudiant seguia preocupada l'exposició: –Però quan temps viuen aquests nens?... El professor no donà excessiva importància al tema: –De fet no neixen... hi ha molt de sofriment en aquests casos... i avui el diagnòstic prenatal permet la interrupció voluntària de l'embaràs.

A diferència de fa pocs decennis, la pediatria està avui molt tecnificada. El pediatre, immers en l'aparatge i la complexitat tècnica dels mitjans moderns de diagnòstic i tractament, analitza, interpreta i fonamenta els seus diagnòstics en les possibilitats d'una maquinària complexa i en constant renovació. No és infreqüents que ell mateix la utilitzi en el seu

exercici diari. Es comprèn que aquest entorn faci indispensable la superespecialització. I s'entén també que el major contacte amb artefactes i el correlatiu allunyament del malalt posin el metge en perill d'empobrir-se i renunciar a ser un professional per esdevenir un simple tècnic. És en aquesta medicina tecnificada on es generen bona part dels problemes bioètics. El mateix naixement de la Bioètica respon de fet a la necessitat de posar límits a l'amenaça a l'home per part de la tecnologia.

La solidesa de la relació triangular pediatre-malalt-família descansa sobre valors humans essencials com compassió, confiança i amistat, que han de mantenir-se sempre actius en la persona del pediatre. Per tant, no ens podria sorprendre que la concessió al binomi Ciència-Tecnologia del paper de *primadonna* en l'exercici de la medicina derivés immediatament en una relegació dels esmentats valors humans. Llaavors, sense descuidar en absolut la formació científicotecnològica, hauria de donar-se prioritat a aquells valors, si el que es desitja és la millor atenció al malalt i la plenitud humana del professional. Aquesta tensió permanent entre coneixements científics i valors humans que acompanya sempre l'exercici de la nostra professió és una mostra de la notable exigència personal que comporta actualment l'exercici de la pediatria.

Malgrat la coincidència de certa decadència de la figura del metge amb l'apogeu dels coneixements científics i llurs aplicacions tecnològiques, no sembla que el progrés tècnic mereixi en ell mateix una qualificació moral negativa. La tecnologia no és en principi ni bona ni dolenta, sinó que aquesta qualificació rau més aviat en l'ésser humà que la manipula. És el metge el que –com a persona– respon de l'exercici ètic de la seva professió. Una de les possibles excepcions seria la tecnologia armamentística, que per alguns podria considerar-se en ella mateixa contrària a l'ètica i per tant dolenta.

La Fig.1 resumeix alguns dels problemes bioètics rellevants que solen presentar-se en la recerca i en la pràctica clínica. En el present treball comentarem succintament alguns aspectes de particular interès pediàtric, tant per a la pràctica diària com per a la formació acadèmica de pregrau i de postgrau, en un intent de complementar així una publicació recent sobre el tema².

L'autor de l'article, president de l'Associació Catalana d'Estudis Bioètics (ACEB), és doctor en medicina, màster en Bioètica i Dret i pediatre de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Correspondència:

*Joan Vidal Bota
Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
Servei de Pediatria
Alcalde Rovira Roure, 80. 25198 Lleida*

Treball rebut: 22-04-03. Treball acceptat: 29-05-03.

Vidal-Bota J.

La consciència bioètica en la pràctica pediàtrica.
Pediatr Catalana 2003; 63: 125-130.

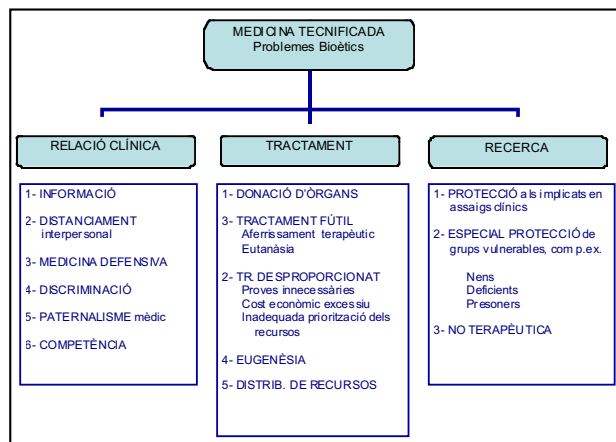


Fig. 1. Problemes bioètics

Necessitat de protegir els subjectes d'investigació

La història recent ensenya que l'afany de fer avançar els coneixements s'ha acompanyat també de lamentables aberracions ètiques. Immediatament després de la segona guerra mundial el món sencer es va esgarrifar en conèixer els abusos efectuats pels nazis en l'experimentació amb els presoners dels camps de concentració.

Una nova sotragada moral es produí més tard, quan Henry Beecher, professor d'anestesiologia de Harvard, posà en evidència en el *New England Journal of Medicine* que la mateixa problemàtica de l'Alemanya nazi es trobava present –ja fora del temps de guerra– als Estats Units, on a més d'afectar individus adults de raça negra, discapacitats o presoners, els abusos s'estenien a la població infantil, resultant així –si és possible– encara més lamentables³. Ja abans Beecher havia manifestat públicament la seva preocupació per la separació entre els interessos de la ciència i els del pacient com a conseqüència de les fortes sumes implicades en la investigació i per la competència existent a les facultats de medicina per fer més publicacions i així aconseguir una promoció professional.

Entre els experiments realitzats amb nens a Europa poden esmentar-se les investigacions sobre la sífilis efectuades per Albert Neisser (1855-1916) en nens moribunds a Breslau (Prússia). Aquest cèlebre dermatòleg i microbiòleg alemany va ser acusat d'haver-los inoculat material sifilític, i fou públicament amonestat i multat l'any 1910 en repetir aquest tipus d'experiments⁴. Tampoc no podem deixar d'esmentar els nens que moriren l'any 1930 a Alemanya per inoculació de material tuberculós⁵: durant l'hivern de 1929 a 1930, un total de 251 nens van rebre a Lübeck una soca virulenta de *Mycobacterium tuberculosis* barrejada amb la vacuna BCG. D'ells en van morir 72 de tuberculosi⁵. Als Estats Units cal recordar la inoculació de material infecciós (herpes,

hepatitis); la comprovació de l'efecte de determinats productes químics, de vegades sense finalitat terapèutica sinó per simular en els nens estats de conducta agressiva; o l'exposició experimental a radiacions⁷. No fa gaires anys l'administració americana afavoria l'experimentació quan la FDA concedia notables avantatges econòmics a aquelles companyies farmacèutiques que assagessin medicaments en nens⁸. Només amb data molt recent han reconegut els tribunals nord-americans que el que importa en l'experimentació amb nens és el bé de cada un dels infants que hi participen (*"the best interest of the individual child"*)⁹.

El naixement de la Bioètica

L'any 1971, un bioquímic nord-americà, Van Rensselaer Potter, va fer servir el terme bioètica per primera vegada¹⁰. Al llarg de més de 50 anys, inclosos els seus anys d'emèrit, el Dr. Potter va ser professor d'oncologia a la Universitat de Wisconsin-Madison. Després va esforçar-se a desenvolupar aquell nou terreny que ell mateix havia denominat "bioètica". Estava convençut que tota elecció humana té conseqüències sobre l'ecosistema, sobre la vida i sobre la societat, i que aquestes conseqüències no influeixen només a curt termini sinó que també ho fan en un futur més llunyà.

Només cinc anys després, una comissió nomenada pel Congrés nord-americà i formada per onze professionals (juristes, eticistes, psicòlegs i metges) es reunia al llarg de quatre dies al Belmont Conference Center, prop de Washington, amb l'encàrrec d'identificar els principis que haurien de conformar la conducta de l'investigador en la recerca amb éssers humans. Conscients de la seva manca de preparació en ètica, els membres de la comissió van demanar assessorament a diversos especialistes i van identificar finalment tres principis ètics bàsics: respecte a les persones, beneficència i justícia.

Després d'uns anys de reflexió i amb data 18 d'abril de 1979, la comissió –denominada *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* –va publicar les seves conclusions en un document: l'Informe Belmont que duia el títol «Ethical Principles And Guidelines For The Protection Of Human Subjects Of Research». Després de descriure els tres principis bàsics ja esmentats, l'informe en determina tres aplicacions concretes: el consentiment informat, l'avaluació de riscos i beneficis, i la selecció de subjectes. D'aquesta manera va sorgir una eina de treball que, si bé naixia per ésser aplicada a l'experimentació amb éssers humans als Estats Units, es va estendre ràpidament a nivell internacional i als altres àmbits de la bioètica.

Per dur a terme la seva tasca, la comissió va prendre com a referent dues obres¹¹: *Philosophical Reflections on Experimentation with Human Subjects* de

Hans Jonas, reflexions presentades l'any 1968 per aquest filòsof al Simposi sobre Experimentació Humana de l'Acadèmia americana d'Arts i Ciències, i el primer capítol de l'obra de Paul Ramsey *Patient as Person*, dedicat a la investigació amb nens. Un dels cinc filòsofs consultats va ser J.F. Childress, autor juntament amb Beauchamp de la principal obra de referència de la bioètica americana: *Principles of Biomedical Ethics*¹², on s'afegeix als tres principis de Belmont un quart principi anomenat principi de no maleficència.

A continuació revisarem breument les aplicacions dels principis bioètics determinades per l'Informe Belmont, analitzant també algunes peculiaritats de la seva utilització en nens.

El consentiment informat

En la mesura de la seva capacitat, s'ha de donar als subjectes l'oportunitat d'eleger el que els ha d'ocórrer. Aquesta oportunitat sorgeix quan es satisfan estàndards adequats de consentiment informat¹³. De l'anàlisi del procés de consentiment sorgeixen tres elements que es consideren bàsics per a un consentiment informat correcte en el marc d'un assaig clínic: la informació, la comprensió i el caràcter voluntari.

Informació i comprensió. En efectuar-se sobre voluntaris, la informació que cal donar en un assaig clínic ha d'ésser especialment detallada i completa i s'ha d'estendre a la finalitat terapèutica de l'assaig, les alternatives de tractament existents, els detalls sobre el procediment a seguir i els possibles efectes nocius que poden presentar-se. Finalment, cal insistir en la plena llibertat que té el participant per retirar-se en qualsevol moment.

En forma de document escrit a signar, el "consentiment informat" s'ha estès a la pràctica mèdica habitual i és avui alhora una provisió legal i un requeriment ètic. Per tal d'entendre bé l'enfocament que fa la bioètica d'aquesta qüestió és essencial considerar que mentre la llei exigeix només una obediència externa, l'ètica exigeix el compliment fins i tot en els casos en què no existeixi una exigència legal. I si n'hi ha, l'ètica demanda d'atendre l'esperit de la llei i no només la forma. Per això, no ens podem donar per satisfets si el malalt no comprèn correctament els termes del problema.

La informació té en pediatria algunes característiques peculiars. No solament ha de donar-se als pares o tutors legals, sinó que també s'ha de donar en alguna mesura al nen, si la pot comprendre, adaptant-se aquell que informa a la mentalitat infantil. I s'ha de dur a terme sense pressions i amb la màxima empatia i accessibilitat possibles.

Voluntarietat. Cal tenir present el que comentem més endavant, en parlar de l'experimentació amb infants i persones sense capacitat per decidir (vegeu

"Més enllà de l'autoritat dels pares"). A fi de poder disposar d'una capacitat de judici òptima, la informació de què depèn una presa de decisions hauria de donar-se idealment en el moment de major estabilitat d'ànim dels pares o tutors, lluny dels instants més emotius del procés clínic. Podríem concloure afirmant que existeix una dosi adequada d'informació per a cada moment del procés assistencial i el pediatre haurà d'aprendre a distribuir-la de la millor manera, de forma que en conjunt sigui raonablement completa.

Avaluació de riscos i beneficis

L'avaluació de riscos i beneficis té la triple missió d'ajudar l'investigador a assegurar el disseny adequat del treball; donar elements de judici al comitè ètic que ha de donar llum verda a l'assaig, mostrant que els riscos assumits pels subjectes estan justificats; i permetre als participants en un projecte prospectiu de decidir o no la seva participació.

En el context de salvaguardar el principi de beneficència, perquè la recerca estigui justificada la relació risc/benefici ha de ser positiva. En qualsevol cas, mai no es pot justificar un tractament brutal o inhumà; els riscos s'han de limitar als mínims necessaris per assolir l'objectiu de la recerca; els comitès ètics han de ser altament restrictius per avaluar projectes que comportin riscos significatius de dany important; la necessitat que participin poblacions vulnerables ha d'ésser adequadament justificada; i és necessari documentar en l'escrit que s'utilitzi per obtenir el "consentiment informat" d'una manera ordenada, clara i completa, els riscos i beneficis rellevants.

Mentre l'exigència del consentiment informat obeeix primàriament al principi de respecte a les persones i l'avaluació de beneficis i riscos al de beneficència, el principi de justícia –en la doble vessant social i individual– resulta clau per a la selecció legítima dels subjectes que prendran part en la investigació.

La selecció de subjectes humans en la recerca pediàtrica

Entre els 22 casos de mala praxi mèdica per manca de consentiment i d'informació sobre possibles efectes nocius de l'experimentació, Beecher proposava el d'un grup de nens, residents d'una institució per a retardats mentals, els quals es va infectar a propòsit amb el virus de l'hepatitis. També referia el d'uns altres nens que sofriren una timectomia en ocasió de ser sotmesos a cirurgia cardíaca, amb l'exclusiva finalitat d'observar les repercussions d'aquesta exèresi sobre el creixement.

First animals, then orphans, then the mentally retarded, diríem parafrasejant Rothman en el retrat que fa de la mentalitat utilitarista, ignorant de la

dignitat d'aquell que no gaudeix de suficient autonomia¹⁴. Entre els subjectes més vulnerables de l'experimentació amb humans es compten els nens. I, juntament amb ells, també els deficients, els dements i els presoners mereixen una especial protecció. En tots aquests casos –nosaltres ens centrem en els menors– l'aplicació dels principis ètics requereix particulars precisions.

Autonomia o respecte a les persones?

Sembla com si els nens i nenes hagin estat destinats a romandre sempre oblidats. Com altres vegades a la història de la medicina, també la formulació dels principis ètics, destinats a protegir els éssers humans dels perills de la recerca científica, ha estat objecte d'una distorsió en benefici de l'adult en allò que podríem denominar "prejudici d'autonomia".

La substitució indeguda de la denominació originària de "principi de respecte a les persones" per la de "principi d'autonomia" va quedar fixada en l'opinió pública quan es va publicar *Principles of Biomedical Ethics*. Llavors va generalitzar-se el prejudici tan poc pediàtric que "respecte a la persona" equival a "respecte a l'autonomia personal", afirmació que implícitament redueix el concepte de persona al d'autonomia individual. En cas d'acceptar-se s'acabaria qüestionant la qualitat de persona de tot aquell que no gaudeix d'autonomia, com és el cas d'una bona part de malalts pediàtrics. Amb aquesta substitució, el principi va perdre ràpidament un dels dos components esmentats expressament a Belmont. En efecte, a l'Informe s'anota: *The principle of respect for persons thus divides into two separate moral requirements: the requirement to acknowledge autonomy, and the requirement to protect those with diminished autonomy*¹⁵.

Aquesta mutilació redundà immediatament en perjudici de menors i deficients. Ja hem esmentat la progressiva consciència social sobre la indefensió del nen, que ha dut a la inclusió de mencions particulars als col·lectius més febles en els protocols que garanteixen l'ètica de la investigació amb subjectes humans. En el fons d'aquesta preocupació ètica hi ha una qüestió de la màxima importància: És ètic investigar amb persones no autònomes i per tant incapaces de consentir lliurament? És suficient en aquests casos el consentiment dels pares o tutors legals? Tenen aquests darrers poder legítim i èticament acceptable per decidir pels seus protegits?

Més enllà de l'autoritat dels pares

El present article no ens permet una anàlisi detallada de la qüestió, però sí que podem resumir el criteri bàsic a tenir present en la recerca que es du a terme amb infants i incapaçs: és acceptable en els

casos en què suposa en ella mateixa un benefici terapèutic evident per al subjecte concret que hi participa. Però de cap manera resulta ètic exposar els nens i les persones no autònomes als perills d'una investigació sense efectes terapèutics directes reconeguts o sense les garanties mínimes de seguretat i protecció. A aquest propòsit podem recordar la discussió suscitada per la mort l'any 1999 d'un lactant de 9 mesos al Children's Hospital de Pittsburgh després de ser-li administrat Cisapride (Propulsid) durant un assaig clínic sobre reflux àcid. La investigació del producte va demostrar posteriorment la producció d'arítmies cardíacques severes i fins i tot letals, i la casa farmacèutica va retirar voluntàriament el medicament del mercat nord-americà el juliol de 2000.

En el curs d'un procés legal motivat per l'experimentació no terapèutica duta a terme per instàncies públiques psiquiàtriques nord-americanes sobre adults i nens deficients institucionalitzats, el jutge Edward Greenfield sentenciava que els pares no tenen autoritat per fer dels seus fills uns voluntaris: "És possible que els pares siguin lliures per fer-se ells mateixos màrtirs, però d'això no se segueix que puguin fer màrtirs llurs fills"¹⁶.

Altres aspectes que requereixen una atenció especial

Aquests són alguns dels aspectes de la medicina infantil que reclamen una reflexió profunda i una reelaboració per part dels pediatres. Però també n'hi ha d'altres que mereixen particular atenció i no posseeixen menys importància. Entre ells destacarem:

– **L'assignació de recursos.** Avui en dia l'assistència pediàtrica implica una despesa creixent. Les exigències econòmiques d'una gamma més àmplia de vacunes, l'adquisició de mitjans diagnòstics i terapèutics de darrera generació, per exemple en medicina intensiva neonatal, la cobertura sanitària d'un important col·lectiu d'immigrants, etc. Són qüestions que exigeixen establir prioritats d'assignació econòmica dins del camp de l'especialitat.

La despesa sanitària no pot ser il·limitada. La discussió haurà de centrar-se en la noció de "recursos escassos" i en la necessitat de limitar la despesa econòmica, i també en la conveniència d'acordar una determinada escala de valors que ens permeti limitar els recursos de manera justa. La noció de "costos raonables" i la necessitat d'assegurar que aquests costos no vagin en detriment d'altres necessitats socials més bàsiques i puguin en conseqüència ésser considerats excessius hauran de formar part d'aquesta discussió.

– **La defensa dels drets dels nens.** Especialment la protecció i defensa del dret d'aquells més vulnerables –nadons, prematurs i fins i tot no nascuts– a ser tractats amb respecte a la seva plena dignitat

davant la creixent tendència deshumanitzadora de la medicina actual. L'aferrissament terapèutic o l'eutanàsia perinatal són alguns aspectes delicats que caldrà afrontar.

Pensem que en un futur haurà d'acabar abordant-se des de l'òptica del respecte a la persona un aspecte ètic que la debilitat axiològica de la nostra societat sembla defugir: el tracte als malalts deficients o amb quadres malformatius severos, amb inclusió d'aspectes particularment delicats com són el diagnòstic prenatal i altres formes d'eugenèsia.

- Respecte a la privacitat del menor i confidencialitat de les dades personals del nen, dos camps on l'infant es presenta especialment vulnerable.

Administració dels principis bioètics en pediatria

Malgrat que els quatre principis bioètics han estat postulats com a principis d'ídem rang i principis *prima facie*, és a dir, en principi sempre vàlids i aplicables, però susceptibles d'ésser vulnerats en el moment en què entren en conflicte entre ells i s'hagi d'optar per un d'ells en detriment de l'altre, l'aplicació a la vida real ha evidenciat –sobretot als Estats Units– una prevalença reconeguda del principi d'autonomia sobre els altres tres, tal vegada en relació amb la mentalitat positivista i utilitarista anglosaxona, el seu peculiar sistema jurídic basat en la jurisprudència i el pragmatisme propi d'aquella cultura.

En qualsevol cas, no podem oblidar que la superioritat del principi d'autonomia haurà de traduir-se pel pediatre en la prevalença del principi de respecte a les persones, la qual cosa sembla fins i tot més coherent amb aquell valor que es considera més primari: la dignitat humana.

La dignitat és un valor acceptat gairebé per totes les cultures i representa aquella excel·lència pròpia de tot ésser humà pel fet mateix de pertànyer a l'espècie humana. És per tant l'excel·lència que també posseeix el nen, sigui adolescent, infant o gran prematur. Tot nen mereix un respecte absolut i incondicionat independent del sexe, raça, estat de salut o malaltia, etc., i ha d'ésser tractat com un fi en ell mateix, lluny de tota manipulació per interessos de terceres persones o de col·lectius. De manera clàssica ho referia el filòsof alemany I. Kant¹⁷: «*Obra de tal manera que tractis a la humanitat, tant en la teva persona com en la de qualsevol altre, mai merament com un mitjà, sinó que, en tot moment, la tractis també com un fi*». «*Perquè tots els éssers racionals es troben sota la llei que cada un ha de tractar-se a si mateix i ha de tractar tots els altres mai merament com un mitjà, sinó sempre i alhora com un fi en ell mateix*».

Posant davant el respecte a les persones, els problemes complexos de la medicina pediàtrica o de la medicina perinatal¹⁸, com l'embaràs múltiple i la deno-

minada "reducció embrionària", l'embaràs en mort cerebral, les teràpies *in utero*, l'asfíxia neonatal severa¹⁹, la renúncia a tractaments desproporcionats o la conducta davant del rebuig dels pares al tractament del seu nadó cobren una nova perspectiva i malgrat no alliberar el pediatre d'una discussió en equip i una reflexió ponderada, li permeten d'arribar a una decisió coherent amb la dignitat humana del malalt que li ha estat confiat.

Bibliografia

- 1 Kierkegaard SA. Concluding Unscientific Postscript. Princeton: Princeton University Press, 1941.
- 2 Minguella I. Bioètica i atenció primària pediàtrica. *Pediatr Catalana* 2002; 62: 275-277.
- 3 Beecher H.K. (1966). Ethics and clinical research. *N Engl J Med* 1966; 274 (2): 1354-1360.
- 4 Pross C. Nazi doctors, German Medicine, and historical truth. A: Annas GJ, Grodin MA, eds. *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*. New York; Oxford: Oxford University Press, 1992; 32-53.
- 5 Steinbrecher NK. Historische Entwicklung der Forschung am Menschen [Universität de Saarland, Departament de Dret Penal; Seminari] 2003; disponible a: URL: <http://jung.jura.uni-sb.de/Seminare/Nora.htm> III, 6.
- 6 Dormandy T. *The white death: A History of Tuberculosis*. Nova York: New York University Press, 1999.
- 7 Sharav VH. *Human Experiments: A Chronology of Human Research*. Disponible a: URL: <http://www.researchprotection.org/history/chronology.html> [maig 2003].
- 8 Food and Drug Administration. *Modernization Act*. *Pediatric studies of drugs*. Public Law 105-115; sec. 111.
- 9 Maryland Court of Appeals: *Grimes v. Kennedy Krieger Institute, Inc.*, No. 128 September Term, 2000 (Md. 08/16/2001). Disponible a: *Medical and Public Health Law Site*, URL: http://biotech.law.lsu.edu/cases/research/grimes_v_KKI_rehearing.htm
- 10 Potter VR. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1971.
- 11 Jonsen AR. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press, 1998.
- 12 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Nova York: Oxford University Press, 1979.
- 13 The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* C,1. Disponible a: URL: <http://ohsr.od.nih.gov/mpa/belmont.php3>, 1979.

- 14** Rothman DJ. Strangers at the Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision-Making. New York: Basic Books, 1992: 137.
- 15** The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research B,1. Disponible a: URL: <http://ohsr.od.nih.gov/mpa/belmont.php3>, 1979.
- 16** Supreme Court of New York, Appellate Division, First Department. Assumpte: Experimentació en persones institucionalitzades. T.D. v. N.Y. State Office of Mental Health. Disponible a: Medical and Public Health Law Site, URL: <http://biotech.law.lsu.edu/cases/research/TD.htm>, 1995.
- 17** Immanuel Kant. Fonamentació de la Metafísica dels Costums. Grundlegung zur Metaphyik der Sitten (GMS), A: Kant's gesammelte Schriften [Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften], Volum IV: GMS, 430,10. GMS 434,27. Berlin: Georg Reimer, 1903.
- 18** Goldsmith JP, Ginsberg, HG, McGettigan, MC. Ethical Decisions in the Delivery Room. Clin Perinatol 1996; 23 (3): 529-549.
- 19** Kinlaw K. The Changing Nature of Neonatal Ethics in Practice. Clin Perinatol. 1996; 23 (3): 417-428.