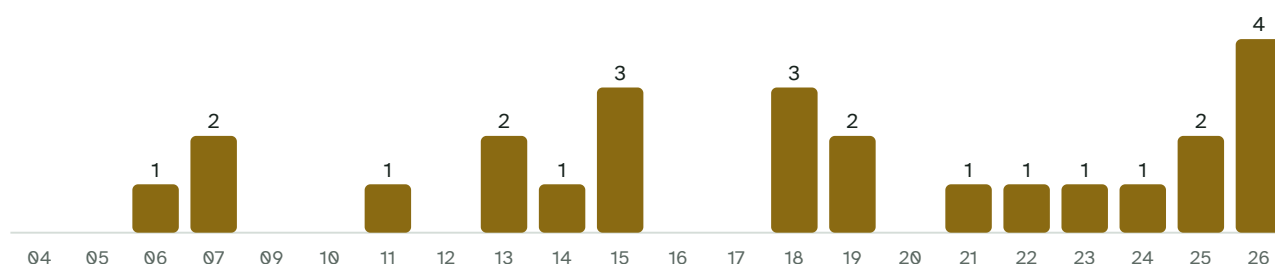


Bioética y sus principios

La bioética aplica la reflexión moral a la asistencia sanitaria y a la investigación. En el EIR cae sobre todo quién formuló cada conjunto de principios (Belmont, Beauchamp y Childress), la jerarquía de Diego Gracia (mínimos y máximos) y la primacía de la persona en la investigación.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



25 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Diego Gracia: ética de mínimos (no maleficencia y justicia) y de máximos (autonomía y beneficencia) (4 exámenes)
- Beauchamp y Childress: los cuatro principios de la bioética (2 exámenes)
- Declaración de Helsinki: principios éticos de la investigación en humanos (2 exámenes)
- La no maleficencia prima sobre la beneficencia en caso de conflicto (2 exámenes)
- Carol Gilligan: ética del cuidado (2 exámenes)
- Informe Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia (2 exámenes)
- Bien interno de las profesiones (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	5
1. Qué es la bioética y de dónde sale el término	6
2. Del Informe Belmont a los cuatro principios de Beauchamp y Childress	9
3. Los cuatro principios uno a uno	13
4. Cuando los principios chocan: el principialismo jerarquizado de Diego Gracia	16
5. Ética del cuidado y ética de las profesiones	19
6. Ética de la investigación: Helsinki, Oviedo, UNESCO y la Ley de Investigación biomédica	21
7. Comités de ética y regla del donante muerto	25
Todas las preguntas del tema (28)	27
Preguntas que también podrían ser de este tema (3)	35
Solucionario	36
Fuentes	38

Resumen para repasar

1. Qué es la bioética y de dónde sale el término

- Término bioética: **Van Rensselaer Potter, 1970**, «Bioethics, the Science of Survival»; bioética como **punto de partida** ^{F9 F11}.
- **Hellegers** (Kennedy Institute, Georgetown) lo usó en paralelo en 1970; **Leopold** (ética de la tierra) es referencia, no creador ^{F10 F12}.
- Norma moral: para Kant la ley que nos obliga **procede de la propia razón práctica**; frente a ello, la conciencia como **internalización de las reglas del grupo** ^{F29}.
- **Conciencia moral**: disposición para atender a la ley moral y distinguir bien y mal ^{F29}.
- **Fundamentar** = justificar racionalmente las normas; somete la norma al **diálogo** y, al dar razón, evita **dogmas inargumentables** ^{F30 F31 F41}.
- **Reich**, *Encyclopedia of Bioethics*: estudio sistemático de la conducta humana en ciencias de la vida y atención sanitaria ^{F13}.

2. Del Informe Belmont a los cuatro principios de Beauchamp y Childress

- **Informe Belmont** (presentado en 1978, publicado en 1979; investigación): **respeto a las personas, beneficencia y justicia** ^{F2}.
- Consentimiento en Belmont: **voluntario** y con información sobre **riesgos y beneficios** ^{F2}.
- Aplicaciones: **consentimiento informado, valoración de riesgos y beneficios, selección de sujetos** ^{F2}.
- Beneficencia en Belmont = **no hacer daño + extremar beneficios y minimizar daños** ^{F2}.
- Protección de vulnerables según **riesgo de daño y probabilidad de beneficio** ^{F2}.
- Investigación y práctica pueden ir **juntas** si la investigación evalúa la **seguridad y eficacia** de una terapia ^{F2}.
- **Beauchamp y Childress, 1979: cuatro principios** (autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia) ^{F14 F15}.

3. Los cuatro principios uno a uno

- No maleficencia = **«first do no harm»** ^{F16}.
- Justicia = reparto equitativo; mira a la **sociedad** ^{F16}.
- La enfermera es **defensora de los derechos del paciente** (CIE 2021) ^{F23}.
- Un deterioro cognitivo no anula por sí solo la autonomía: el juicio de incapacidad se **reevalúa** ^{F2}.
- Autonomía (1.ª ed. de Beauchamp y Childress): libertad de actuar mientras no se invada la autonomía de otros ^{F25}.
- Secreto = **deber limitado**; cede ante la **notificación obligatoria de enfermedades** para **evitar daño a terceros** ^{F23 F26}.

4. Cuando los principios chocan: el principialismo jerarquizado de Diego Gracia

- **Diego Gracia**, principialismo jerarquizado ^{F1}.
- Nivel 1, **ética de mínimos: no maleficencia y justicia**, obligatorios para todos ^{F1}.
- Nivel 2, **ética de máximos: autonomía y beneficencia** ^{F1}.
- En conflicto se procura respetar **el nivel 1** por encima: la no maleficencia prima sobre la beneficencia ^{F1}.
- Método: **deliberación**, razonamiento práctico y dialogado que no da certeza ^{F1}.
- Primer paso del análisis: valorar la indicación clínica **desde la no maleficencia** ^{F1}.

5. Ética del cuidado y ética de las profesiones

- **Carol Gilligan**: **ética del cuidado**, frente a la de la justicia de Kohlberg ^{F17 F18}.
- **Bien interno** (MacIntyre): los bienes internos de la medicina (bienestar, curación, salud) ayudan a determinar qué es un buen médico; olvidarlos hace perder **legitimidad social**; en enfermería, **el cuidado** ^{F19 F20 F39 F40}.

6. Ética de la investigación: Helsinki, Oviedo, UNESCO y la Ley de Investigación biomédica

- **Helsinki** (AMM, 1964; revisión 2024): **principios éticos de la investigación médica** en seres humanos ^{F3}.
- **Primacía de la persona** sobre sociedad y ciencia: Oviedo art. 2, UNESCO 2005 art. 3, **Ley 14/2007 art. 2.b** ^{F4 F5 F7}.
- Riesgos y molestias **no desproporcionados** a los beneficios; sin beneficio directo, **riesgo y carga mínimos** ^{F4}.
- **Ley 14/2007 art. 4.1**: se respeta la **libre autonomía**; consentimiento previo, expreso y escrito (o por otro medio admitido en derecho si no puede escribir) ^{F4}.
- Consentimiento **expreso, específico y escrito**; informe previo favorable del **Comité de Ética de la Investigación** ^{F4}.
- Investigación en **emergencia** posible, con condiciones y aviso al **Ministerio Fiscal** ^{F4}.
- Datos de salud: excepciones tasadas en la **LO 3/2018** ^{F6}.

7. Comités de ética y regla del donante muerto

- Comités principales: **CEA** (órganos consultivos e interdisciplinares) y **de investigación** (antes **CEIC**, hoy **CEI/CEIm**) ^{F8}.
- **Circular INSALUD 3/95**: el Comité Asistencial de Ética es una comisión **consultiva e interdisciplinar** ^{F44}.
- CEI: vela por los **derechos, la seguridad y el bienestar** de los sujetos ^{F8}.
- CEIm: mínimo **10 miembros**, con **enfermería**, un lego y un jurista ^{F8}.
- **Regla del donante muerto**: la muerte precede a la donación ^{F21 F22}.

Puntos clave

- 1 Bioética: término de **Potter, 1970** ^{F9 F11}.
- 2 **Belmont**: respeto a las personas, beneficencia y justicia ^{F2}.
- 3 **Beauchamp y Childress, 1979**: los cuatro principios ^{F14 F15}.
- 4 **Mínimos** (no maleficencia y justicia) priman sobre **máximos** (autonomía y beneficencia), según Diego Gracia ^{F1}.
- 5 **Gilligan**: ética del cuidado ^{F17 F18}.
- 6 **Helsinki**: principios éticos de la investigación médica en seres humanos ^{F3}.
- 7 En investigación prevalece la **persona** sobre la sociedad o la ciencia ^{F4 F5}.

1. Qué es la bioética y de dónde sale el término

La bioética nace como disciplina a comienzos de los años setenta. El término moderno se suele atribuir al bioquímico y oncólogo estadounidense **Van Rensselaer Potter** (1911-2001), que lo usó en su artículo **«Bioethics, the Science of Survival»**, publicado en *Perspectives in Biology and Medicine* en **1970** (vol. 14, núm. 1, págs. 127-153) ^{F9 F11}. Ya en los años veinte el pastor alemán **Fritz Jahr** había usado «Bio-Ethik» para una actitud más compasiva hacia animales y plantas, por lo que el de Potter es un segundo uso conocido del término ^{F10 F11}. Potter concebía la bioética como un **«puente hacia el futuro»** que uniera la biología con los valores, el conocimiento científico con la sabiduría humana ^{F11}.

Potter no fue el único. De forma independiente, el obstetra neerlandés **André Hellegers** y Sargent Shriver también acuñaron «bioethics» en 1970, al abrir en la Universidad de Georgetown el **Joseph and Rose Kennedy Institute** para el estudio de la reproducción humana y la bioética; según la misma fuente, la definición de Hellegers y Shriver es la que hoy reconocemos ^{F10}. La web del propio instituto, hoy **Kennedy Institute of Ethics**, da como fecha de fundación por Hellegers **1971** ^{F34}. La idea de Potter era más amplia, ecológica: quería acercar su disciplina a la **ética de la tierra de Aldo Leopold** y a la ecología profunda de Arne Næss, y en 1988 acuñó la expresión **«bioética global»** ^{F12}.

Entre 1972 y 1974 el teólogo **Warren T. Reich** empezó a preparar la *Encyclopedia of Bioethics* ^{F10}, que definió la bioética como un área de estudios interdisciplinarios dedicada al **estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención sanitaria** ^{F13}.

Autor	Aportación	Año que da la fuente
Fritz Jahr	«Bio-Ethik»: primer uso conocido ^{F10 F11}	años veinte
Van Rensselaer Potter	Se le atribuye «bioethics» en «Bioethics, the Science of Survival»; bioética como puente hacia el futuro ^{F9 F11}	1970
André Hellegers (y S. Shriver)	Kennedy Institute (Georgetown) ^{F10 F34}	1970 según ^{F10} ; fundación del instituto, 1971 ^{F34}
Aldo Leopold	Ética de la tierra, referencia de la bioética de Potter ^{F12}	—
Potter	«Bioética global» ^{F12}	1988
Warren T. Reich	<i>Encyclopedia of Bioethics</i> : estudio sistemático de la conducta humana en ciencias de la vida y atención sanitaria ^{F10 F13}	iniciada en 1972-1974

Antes de los principios está la pregunta de **dónde nace la obligación moral**. Adela Cortina recoge la idea kantiana de que la ley por la que uno se considera obligado **procede de su propia razón práctica**: el sujeto se obliga a sí mismo ^{F29}. El contraste que recoge Cortina es la idea, habitual desde Durkheim y Parsons, de la conciencia moral como **internalización de las reglas de los grupos** a los que pertenece el individuo ^{F29}. Cortina habla además de un componente de **obligación interna** que no procede de la presión del grupo ^{F29}.

La **conciencia moral** es la disposición sin la cual un ser es **incapaz de atender a la ley moral** y dejarse afectar por ella (Kant); en sus orígenes están la conciencia de la ley y la vergüenza por infringirla, que dan lugar a la **conciencia del bien y del mal morales** ^{F29}. Tiene bases biológicas, pero no se reduce a ellas, e incluye un componente de **obligación interna** que no procede de la presión del grupo y que Cortina explica por una ley de la naturaleza, la ley de Dios o la ley de la propia humanidad ^{F29}. Es, pues, la disposición que permite captar la ley moral y distinguir lo moralmente bueno de lo malo ^{F29}.

Fundamentar en ética es dar razón de las normas morales: una ética filosófica tiene el compromiso de **fundamentar racionalmente las decisiones morales** y aplicar lo ganado en ese proceso ^{F30}. En la ética del discurso, quien argumenta en serio **se ve obligado a someter la norma a un diálogo** en condiciones lo más próximas posible a la simetría ^{F31}. Según la exposición que hace Andino de Cortina, poder **dar razón** de las opciones y valoraciones morales evita que se vivan como **dogmas inargumentables** que conducen a la arbitrariedad y al subjetivismo ^{F41}; y, según Feito, tomar decisiones sin atender a los fundamentos lleva a la arbitrariedad ^{F38}.

EIR 2007 · 95

P27 · respuesta en el solucionario

Fuente externa de la norma moral

Cuando una persona fundamenta la norma moral en argumentos distintos a su razón práctica, lo hace desde una fuente:

1. Interna.
2. Externa.
3. Homogénea.
4. Heterogénea.
5. Dependiente.

EIR 2015 · 44

P17 · respuesta en el solucionario

Conciencia moral: definición

A la capacidad de captar los principios por los que se distingue entre lo que es moralmente bueno o malo se le denomina:

1. Acción moral.
2. Conciencia moral.
3. Libertad moral.
4. Ideal moral.
5. Capacidad moral.

Fundamentar en ética

¿Qué es “Fundamentar” en Ética?:

1. Dar respuesta “con fundamento” a las preguntas que nos presenta la profesión.
2. Es dar razón que justifique los principios o normas morales. Abre la vía del diálogo y es una salvaguarda contra el dogmatismo.
3. Encontrar respuesta a las preguntas fundamentales que nos hacen los pacientes.
4. Dar la respuesta más adecuada a las preguntas de los pacientes, basadas en nuestros principios.



Lo que cae

El término bioética se atribuye a **Potter, 1970** ^{F9 F11} (con el antecedente de Jahr ^{F10}). Hellegers (Georgetown) lo usó en paralelo y Leopold es una referencia de la ética ecológica de Potter, no el creador del término ^{F10 F12}.

Potter acuñó el término bioética (1970)

El origen de la palabra “BIOÉTICA” se le atribuye a:

1. Diego Gracia, en 1989.
2. Andre Hellegers, en 1971.
3. Van Rensselaer Potter, en 1970.
4. Aldo Leopold, en 1988.
5. Margaret Mead, en 1957.

2. Del Informe Belmont a los cuatro principios de Beauchamp y Childress

El **Informe Belmont** («Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research») es obra de la **Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y del Comportamiento** de Estados Unidos; el texto que conserva el Departamento de Salud (HHS/OHRP) lleva fecha de **18 de abril de 1979**, la de su publicación ^{F2}; la Comisión lo había **presentado el 30 de septiembre de 1978**, según la guía de comités de ética de la OHRP ^{F33}. Es un documento de **ética de la investigación con seres humanos** ^{F2}.

Belmont formula **tres principios básicos: respeto a las personas, beneficencia y justicia** ^{F2}. De cada principio deriva un requisito práctico: el respeto a las personas se expresa en el consentimiento, la beneficencia en la valoración de riesgos y beneficios, y la justicia en procedimientos equitativos de selección de los sujetos ^{F2}.

Principio (Belmont)	Contenido	Aplicación que genera
Respeto a las personas	Tratar a los individuos como agentes autónomos y proteger a quienes tienen la autonomía disminuida (dos exigencias morales separadas) ^{F2}	Consentimiento informado: información, comprensión y voluntariedad ^{F2}
Beneficencia	Entendida como obligación , con dos reglas: (1) no hacer daño y (2) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles daños ^{F2}	Valoración de riesgos y beneficios ^{F2}
Justicia	¿Quién debe recibir los beneficios de la investigación y quién soportar sus cargas? «Equidad en la distribución» o «lo que es merecido» ^{F2}	Selección de los sujetos con procedimientos y resultados equitativos ^{F2}

En Belmont, «no hacer daño» es parte de la beneficencia

El Informe Belmont no tiene un principio de no maleficencia separado: **«no hacer daño» y «extremar beneficios y minimizar riesgos» son las dos reglas de la beneficencia** ^{F2}. La no maleficencia como principio independiente aparece en los cuatro principios de Beauchamp y Childress ^{F15}.

Sobre el **consentimiento informado**, Belmont exige que los sujetos **entren en la investigación voluntariamente y con información adecuada**: el procedimiento, sus propósitos, **riesgos y beneficios previstos**, las alternativas y la posibilidad de preguntar y retirarse en cualquier momento; un acuerdo solo es consentimiento válido si se da **voluntariamente** ^{F2}.

Belmont trata también la **protección de las personas con autonomía disminuida**: la capacidad de autodeterminación madura a lo largo de la vida y algunas personas la pierden, total o parcialmente, por enfermedad, discapacidad mental o circunstancias que restringen gravemente la libertad; **el grado de**

protección debe depender del riesgo de daño y de la probabilidad de beneficio, y el juicio de que alguien carece de autonomía debe reevaluarse periódicamente y varía según la situación ^{F2}.

Para las personas que se puedan considerar incompetentes (niños pequeños, personas con discapacidad mental, enfermos terminales, comatosos), Belmont pide considerar cada clase en sus propios términos. Aun así, el respeto exige **darles la oportunidad de elegir, en la medida en que puedan, si participan o no** en la investigación; sus **objeciones** a participar deben respetarse, **salvo que la investigación ofrezca una terapia que no está disponible en otro lugar**; y el respeto exige además **buscar el permiso de terceros** para proteger a esas personas del daño ^{F2}.

Sobre la **frontera entre práctica e investigación**, Belmont llama «práctica» a las intervenciones diseñadas solo para mejorar el bienestar de un paciente con una expectativa razonable de éxito, e «investigación» a la actividad diseñada para probar una hipótesis y aportar conocimiento generalizable ^{F2}. Y afirma: **la investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la investigación está diseñada para evaluar la seguridad y la eficacia de una terapia**; si una actividad tiene cualquier elemento de investigación, debe someterse a revisión para proteger a los sujetos ^{F2}.

EIR 2006 · 97

P28 · respuesta en el solucionario

Informe Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia

De acuerdo con el informe Belmont de 1978, los principios de la bioética son:

1. Autonomía, no maledicencia y justicia.
2. Respeto por las personas, beneficencia y justicia.
3. Extremar los beneficios y minimizar los riesgos.
4. Respeto por la dignidad de la persona y autonomía.
5. Hacer el bien al enfermo, aun sin contar con él, y no maledicencia.

EIR 2007 · 96

P26 · respuesta en el solucionario

Principio de beneficencia: definición

De acuerdo con el informe Belmont, no hacer daño y extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos, al proporcionar cuidados enfermeros, son expresiones básicas del principio de:

1. Beneficencia.
2. No maledicencia.
3. Autonomía.
4. Justicia.
5. Respeto.

Informe Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia

El documento que sienta los principios de la Bioética respecto a la autonomía de las personas, beneficencia y justicia, y fija los requisitos básicos del consentimiento informado, la valoración de riesgos y beneficios y la selección de los sujetos es:

1. La Declaración de Helsinki de 1964.
2. El Informe Belmont de 1978.
3. Los principios de la Ética Biomédica de 1979.
4. El Convenio de Oviedo de 1997.
5. El Código Deontológico.

Informe Belmont: relación entre investigación y práctica

Una de las premisas del informe Belmont es:

1. La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y la eficacia de la segunda.
2. Define como básicos los principios de beneficencia, justicia y utilidad en la práctica clínica e investigación.
3. El grado de protección en investigación de las personas vulnerables dependerá de la probabilidad de obtener beneficio y de la propia decisión de la persona sujeta a investigación.
4. Las aplicaciones de la investigación conducen a considerar la necesidad de la existencia de un consentimiento informado y la reciprocidad de los beneficios en investigación.

Informe Belmont: consentimiento informado en investigación

Una de las premisas del informe Belmont asegura en su contenido lo siguiente:

1. Define como básicos en investigación biomédica los principios de beneficencia, justicia y utilidad en la práctica sanitaria y en investigación biomédica.
2. Establece el respeto a la autonomía de la persona y la capacidad de decisión de no participar en una investigación una vez explicados los riesgos y beneficios de la misma, salvo en los casos de pacientes incapacitados o menores de edad.
3. El grado de protección en investigación de las personas vulnerables dependerá de la probabilidad de obtener beneficio y de la propia decisión de la persona sujeta a investigación.
4. La obligación de obtener un consentimiento informado donde el sujeto sometido a investigación biomédica acepta libremente participar tras una amplia explicación de riesgos y beneficios de la investigación.

En el mismo año, **Tom L. Beauchamp y James F. Childress** publicaron *Principles of Biomedical Ethics* (1.^a edición, 1979; hoy en su 8.^a edición), uno de los manuales de ética más influyentes del mundo anglosajón ^{F14}. Su

enfoque, el **principialismo**, propone **cuatro principios morales: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia** ^{F15}. El paradigma principialista fue enunciado por Beauchamp y Childress en 1979 ^{F1}, y en el Reino Unido analizar los problemas bioéticos con estos cuatro principios es hoy práctica habitual ^{F14}.

	Informe Belmont	Beauchamp y Childress
Año	Presentado en 1978, publicado en 1979 ^{F2 F33}	1979, 1.ª ed. ^{F14}
Ámbito	Investigación con seres humanos ^{F2}	Ética biomédica ^{F14}
Principios	3: respeto a las personas, beneficencia, justicia ^{F2}	4: autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia ^{F15}
No hacer daño	Regla de la beneficencia ^{F2}	Principio propio: no maleficencia ^{F15}

★ Lo que cae

Tres principios = Belmont (respeto a las personas, beneficencia, justicia) ^{F2}. **Cuatro principios = Beauchamp y Childress, 1979:** la bioética principialista se formula con ellos ^{F1 F14 F15}. Diego Gracia no los propone: los **jerarquiza** (sección 4) ^{F1}.

EIR 2015 · 40

P19 · respuesta en el solucionario

Beauchamp y Childress: los cuatro principios de la bioética

Los cuatro principios de la bioética, no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía fueron propuestos:

1. Por Beauchamp y Childress.
2. En el Informe Belmont.
3. En el Convenio de Oviedo.
4. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
5. Por Diego Gracia.

EIR 2026 · 134

P4 · respuesta en el solucionario

Beauchamp y Childress: los cuatro principios de la bioética

La Bioética principialista fue formulada por primera vez por:

1. Diego Gracia Guillén.
2. Warren Thomas Reich.
3. Aldo Leopold.
4. Beauchamp y Childress.

3. Los cuatro principios uno a uno

Principio	Qué exige	Idea asociada
No maleficencia	No hacer daño ^{F16 F28}	«First do no harm» («lo primero, no hacer daño»), análogo en salud pública del juramento hipocrático ^{F16}
Beneficencia	Actuar para promover el bienestar de los demás ^{F16 F28}	Hacer el bien al paciente ^{F28}
Autonomía	En la 1.ª edición de Beauchamp y Childress: mientras sus actos no invadan la autonomía de otros, la persona autónoma debe ser libre de hacer lo que desee, aunque suponga un riesgo serio para ella ^{F25}	Consentimiento informado ^{F2}
Justicia	Equilibrar la asignación de recursos sanitarios, oportunidades de tratamiento, responsabilidades sociales, riesgos y beneficios para una distribución equitativa entre los individuos y la sociedad ^{F16}	Mira a la sociedad : reparto justo ^{F16 F20}

La **no maleficencia** se resume en el aforismo **«first do no harm»** («lo primero, no hacer daño»), que ^{F16} presenta como el análogo, en salud pública, del juramento hipocrático ^{F16}. La **beneficencia** es contribuir al bienestar de otros ^{F16}. En la **justicia** entran evitar la discriminación y el reparto equitativo ^{F16}. En la formulación de la 1.ª edición de Beauchamp y Childress, la **autonomía** implica que la persona autónoma sea libre de actuar como desee mientras no invada la autonomía de otros ^{F25}.

EIR 2013 · 167

P22 · respuesta en el solucionario

No maleficencia: primum non nocere

El principio bioético que se basa en el criterio primum non nocere es el de:

1. Responsabilidad.
2. Autonomía.
3. Beneficencia.
4. No maleficencia.
5. Justicia.

La **justicia** es el principio que se ocupa del reparto de recursos, riesgos y beneficios **entre los individuos y la sociedad** ^{F16}; entre sus rasgos está evitar privar a alguien de beneficios sin una justificación fuerte y evitar imponer una carga excesiva a otros ^{F16}. En enfermería, los principios de justicia y no maleficencia comprometen a la enfermera **a la distribución justa de recursos y a la minimización del daño al paciente** ^{F27}. La justicia sanitaria obliga a considerar a la vez el bien del paciente y la adecuada distribución de los recursos ^{F20}.

Justicia: principio referido a la sociedad y a terceros

¿Cuál de los siguientes principios éticos hace referencia a la sociedad y considera posibles daños a terceras personas?:

1. No-maleficencia.
2. Beneficencia.
3. Justicia.
4. Autonomía.

La enfermera actúa como **defensora del paciente**. El Código de Ética del CIE (2021) dice que **las enfermeras son defensoras de los derechos de los pacientes**, y define abogar o defender como apoyar activamente un derecho y apoyar a otros a hablar por sí mismos o **en nombre de quienes no pueden hablar por sí mismos**, siempre en última instancia con el consentimiento de la persona ^{F23}. La literatura enfermera española describe la figura de la **enfermera como abogada o defensora del paciente**, cuya tarea es proteger y defender sus derechos; en ese modelo (la enfermera representante de los años sesenta y setenta) el fundamento ético de la obligación de cuidar era el principio de autonomía, mientras que en el modelo profesional actual se fundamenta en los cuatro principios ^{F27}.

Según Belmont, el juicio de que una persona carece de autonomía varía según la situación y debe reevaluarse periódicamente, y el respeto exige darle la oportunidad de elegir en la medida en que pueda ^{F2}.

La enfermera como defensora de la autonomía del paciente

Una enfermera atiende a un paciente anciano con deterioro cognitivo leve. Durante la planificación del tratamiento, el hijo del paciente propone modificar la medicación sin consultar al médico. Ante esta situación y desde la perspectiva ética ¿cómo debe actuar la enfermera?:

1. Aplicando el principio de justicia distributiva.
2. Como representante del paciente, defendiendo su autonomía y bienestar.
3. Apoyando la decisión de la familia, al considerar que el paciente, debido a su deterioro cognitivo, no tiene capacidad para comprender su situación clínica ni el tratamiento indicado.
4. Imponiendo un tratamiento al paciente por considerar que lo necesita sin tener en cuenta su capacidad de decisión.

El **secreto profesional** tiene límites. El Código del CIE lo llama un **deber limitado**, que en ocasiones puede ser anulado por una ley o reglamento, por ejemplo la **notificación obligatoria de enfermedades específicas** ^{F23}. Las enfermedades de declaración obligatoria (meningitis, gripe, tuberculosis, hepatitis, sífilis) se recogen en registros porque **suponen un riesgo para la salud de la comunidad** ^{F26}. Y en un caso clínico como el de un enfermo de tuberculosis bacilífera que convive con compañeros de piso, la fuente justifica revelar **la mínima información necesaria para evitar el daño a terceros** ^{F26}. El código deontológico de la enfermería española de 1989/1998 pedía informar al paciente de los límites del secreto y **no adquirir compromisos bajo secreto que dañen a terceros o a un bien público**; y si había que romperlo por motivos legales, reducir al mínimo la

información revelada y el número de personas que la conocen ^{F24}. El código vigente, de 2026, lo mantiene: la enfermera «informa a la persona atendida de los límites del secreto profesional y no adquiere compromisos que puedan dañar a terceros o a un bien público», y solo revela información dentro de esos límites y de acuerdo con la legislación, exponiendo «la información estrictamente requerida» (art. 29) ^{F37}. El Consejo General de Enfermería aprobó en diciembre de 2025 un nuevo Código Ético y Deontológico, cuyo art. 29 mantiene que la enfermera no adquiere compromisos que puedan dañar a terceros o a un bien público ^{F35}; una nota de prensa del propio Consejo, fechada el 24 de abril de 2026, lo da ya en vigor ^{F42}.

Terceros: ¿justicia o no maleficencia?

Dos preguntas usan la idea de «terceros» con claves distintas. En **EIR2019-065** («hace referencia a la sociedad y considera posibles daños a terceras personas») la respuesta oficial es la **justicia**: F16 la presenta como el principio del reparto entre los individuos y la sociedad, que incluye evitar imponer una carga excesiva a otros ^{F16}; ninguna fuente consultada dice que la justicia atienda expresamente a los «daños a terceros». En **EIR2026-138** el límite del secreto por las EDO se funda, según la respuesta oficial, en la **no maleficencia**: la notificación se hace porque las EDO suponen un riesgo para la salud de la comunidad ^{F26}, y no dañar es el contenido de la no maleficencia ^{F16}. Un análisis ético de un caso de salud mental con riesgo vital para un tercero identificado pone en conflicto la confidencialidad (autonomía) con la salud y la vida del tercero (no maleficencia), y considera que transgrede la no maleficencia el curso en que el terapeuta no informa a nadie y además no hace nada por persuadir al paciente ^{F43}. Ninguna de las fuentes consultadas atribuye expresamente el límite del secreto por las EDO a un principio concreto ^{F23 F26}.

EIR 2026 · 138

P3 · respuesta en el solucionario

Límite del secreto profesional por EDO: no maleficencia

¿En qué principio se fundamenta el límite del secreto profesional relacionado con la comunicación de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria?:

1. Justicia.
2. Beneficencia.
3. No maleficencia.
4. Autonomía.

4. Cuando los principios chocan: el principialismo jerarquizado de Diego Gracia

El bioeticista español **Diego Gracia** elaboró una propuesta metódica, alternativa a la jerarquización casuística (en función de cada caso), que ordena los cuatro principios en **dos niveles**: es el principialismo jerarquizado ^{F1}. Lo expuso en *Fundamentos de bioética* (1989) ^{F38}.

	Nivel 1	Nivel 2
Principios	No maleficencia y justicia ^{F1}	Autonomía y beneficencia ^{F1}
Tipo de ética	Ética de mínimos ^{F1}	Ética de máximos ^{F1}
Carácter	Objetivo y de obligado cumplimiento para todos ^{F1}	Búsqueda individual de la felicidad, proyectos de vida subjetivos ^{F1}
En caso de conflicto	Se respeta por encima ^{F1}	Cede ante el nivel 1 ^{F1}

La regla de prioridad es explícita: **cuando colisionan principios de distinto nivel, se ha de procurar respetar los de nivel 1 (no maleficencia y justicia) por encima de los de nivel 2 (autonomía y beneficencia)** ^{F1}. Así, como regla general, si la no maleficencia choca con la beneficencia, **prima la no maleficencia**; la autonomía y la beneficencia ceden ante ella ^{F1}. En el método de análisis, el primer paso es valorar la indicación clínica **desde la no maleficencia** ^{F1}. Feito resume esa organización así: los principios de una ética de máximos, o **privada**, y los de una ética de mínimos, que se refiere a **lo público** y donde se sitúan la no maleficencia y la justicia ^{F38}.

Mínimos = lo exigible a todos

Mínimos → **No maleficencia + Justicia**: «No Jugar con lo mínimo». **Máximos** → **Autonomía + Beneficencia**: «Aspirar al Bien», el proyecto de vida de cada uno ^{F1}.

EIR 2011 · 17

P25 · respuesta en el solucionario

Diego Gracia: ética de mínimos (no maleficencia y justicia) y de máximos (autonomía y beneficencia)

La ética de máximos incluye los principios de:

1. No maleficencia y justicia.
2. Autonomía y beneficencia.
3. No maleficencia y beneficencia.
4. Justicia y autonomía.
5. Autonomía y no maleficencia.

Diego Gracia: ética de mínimos (no maleficencia y justicia) y de máximos (autonomía y beneficencia)

En la prevalencia de los principios bioéticos, los principios de justicia y de no maleficencia se encuadran en una ética:

1. De máximos.
2. De mínimos.
3. Deontológica.
4. Pluralista.
5. De excelencia.

Diego Gracia: ética de mínimos (no maleficencia y justicia) y de máximos (autonomía y beneficencia)

¿Qué principios incluye la denominada Ética de mínimos?:

1. Principios de autonomía y de beneficencia.
2. Principios de autonomía y de justicia.
3. Principios de no maleficencia y de beneficencia.
4. Principios de no maleficencia y de justicia.

Diego Gracia: ética de mínimos (no maleficencia y justicia) y de máximos (autonomía y beneficencia)

El Principialismo jerarquizado propuesto por Diego Gracia determina la existencia de una ética de máximos y una ética de mínimos caracterizada cada una de ellas por dos principios de los cuatro que conforman la Bioética, de forma que si los principios bioéticos entran en conflicto se deben preservar y proteger en primera instancia los siguientes:

1. Autonomía y beneficencia.
2. Beneficencia y justicia.
3. Justicia y autonomía.
4. No maleficencia y justicia.

Para resolver los conflictos, Gracia propone la **deliberación**: un razonamiento práctico que tiene por objeto tomar decisiones, presupone el diálogo y no da certeza, porque siempre está afectado por la incertidumbre; es la búsqueda de la racionalidad, o al menos de la «racionalidad», en el mundo de la incertidumbre ^{F1}.

La no maleficencia prima sobre la beneficencia en caso de conflicto

Durante la labor de atención y cuidado a pacientes los principios bioéticos de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia pueden entrar en conflicto. Indique la respuesta correcta:

1. El principio bioético de autonomía y beneficencia primarán en caso de entrar en conflicto con el principio bioético de no maleficencia.
2. El principio de no maleficencia determina de forma específica la no discriminación de ninguna persona en la labor asistencial, protegiendo de forma especial a aquellas personas menos desfavorecidas.
3. El principio de justicia determina la libertad personal de cada paciente, que bien informado decide sobre lo que es bueno para él.
4. El principio de no maleficencia primará si éste entra en conflicto con el principio bioético de beneficencia.

La no maleficencia prima sobre la beneficencia en caso de conflicto

La ética en la práctica clínica está alumbrada por el respeto a los cuatro principios bioéticos. Indique la respuesta correcta:

1. El principio de Beneficencia es el principio bioético rector de todo acto asistencial de Enfermería.
2. Los principios de Beneficencia y Justicia priman en el desarrollo de la práctica clínica sobre el principio de Autonomía del paciente.
3. El principio de No Maleficencia primará en todo acto asistencial de Enfermería cuando entre en conflicto con el principio bioético de Beneficencia.
4. El principio de Autonomía decisoria prima en el desarrollo de la investigación biomédica siempre que no entre en conflicto con el principio de Beneficencia.

5. Ética del cuidado y ética de las profesiones

La psicóloga **Carol Gilligan** discutió la teoría del desarrollo moral de **Kohlberg**: sostuvo que el razonamiento de las mujeres al tomar decisiones morales es distinto, pero no menos lógico ni maduro que el de Kohlberg y Kant ^{F17}. Según Gilligan, los hombres tienden a definir y resolver los problemas morales dentro del marco de la **justicia** ^{F17}; frente a esa orientación de la justicia (Kohlberg), ella describió la orientación moral del **cuidado** ^{F18}. Su modelo es la **ética del cuidado** ^{F17 F18}.

	Ética de la justicia	Ética del cuidado
Autor de referencia	Kohlberg ^{F18}	Carol Gilligan ^{F18}
Orientación moral	«Justicia» ^{F18}	«Cuidado» ^{F18}

EIR 2013 · 30

P23 · respuesta en el solucionario

Carol Gilligan: ética del cuidado

Al modelo de fundamentación ética propuesto por Carol Gilligan, en 1982, se le denomina:

1. Ética de Máximos.
2. Ética del Deber.
3. Ética de los Principios.
4. Ética del Cuidado.
5. Ética de Mínimos.

EIR 2015 · 43

P18 · respuesta en el solucionario

Carol Gilligan: ética del cuidado

El modelo de fundamentación ética expuesto por Carol Gilligan se denomina Ética:

1. De Máximos.
2. Del Deber.
3. Del Cuidado.
4. De Mínimos.
5. De la Justicia.

La ética de las profesiones usa el concepto de **bien interno**, tomado de **Alasdair MacIntyre**. Una «práctica» es una forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, socialmente establecida, **a través de la cual se realizan bienes internos a esa actividad**, al intentar alcanzar los **estándares de excelencia** propios de ella y que en parte la definen ^{F19 F36}. Los bienes internos solo se consiguen realizando esa actividad y buscando la excelencia en ella ^{F19}.

Couceiro lo aplica a las organizaciones sanitarias: toda empresa tiene un **bien interno principal que la legitima socialmente**, y en las sanitarias es satisfacer las necesidades de los pacientes para mejorar su salud, aliviar el dolor o acompañar en la muerte ^{F20}. Los problemas éticos aparecen cuando se olvida **el fin que legitima** la actividad y los medios se convierten en el fin ^{F20}. Según el argumento de Dean que expone un

ensayo de Medwave, toda actividad se orienta hacia un bien interno que **define su identidad y su estándar de excelencia**; en la medicina es restablecer la salud y aliviar el dolor, y quien busca bienes externos (dinero, prestigio, fama) **olvida el sentido de su profesión** y pierde legitimidad social ^{F39}. En enfermería, el bien interno es **el cuidado**: la enfermería tiene su bien interno, sus virtudes, sus reglas y su tradición, y quien decide ser enfermero se compromete con esa estructura, que lo impulsa a buscar los bienes de excelencia ^{F40}. Según una revisión sobre la formación del médico, los bienes internos de la medicina (bienestar, curación y salud) ayudan a determinar lo que es ser un buen médico ^{F19}. Según la definición de MacIntyre, el bien interno está en la propia actividad y solo se obtiene realizándola ^{F19}.

EIR 2013 · 32

P31 · respuesta en el solucionario

Bien interno de las profesiones

Que las profesiones tengan un “bien interno” que las define, significa que tienen:

1. Un compromiso moral y unos fines que han de alcanzarse mediante el cumplimiento de ciertos principios y la observancia de ciertos valores.
2. Una ética profesional intrínseca a esa profesión que la define, la dota de sentido y justifica su existencia y su valor.
3. Que ser desarrolladas por profesionales altamente cualificados académicamente.
4. Que sustentarse por leyes y normas dictadas por los máximos responsables sanitarios.
5. Las alternativas 1 y 2 son las correctas.

EIR 2014 · 32

P30 · respuesta en el solucionario

Bien interno de las profesiones

Que las profesiones tengan un “bien interno” que las define, significa que tienen:

1. Un compromiso moral y unos fines que han de alcanzarse mediante el cumplimiento de ciertos principios y la observación de ciertos valores.
2. Una ética profesional intrínseca a esa profesión que la define, la dota de sentido y justifica su existencia y valor.
3. Que ser desarrolladas por profesionales altamente cualificados académicamente.
4. Que sustentarse por leyes y normas dictadas por los máximos responsables sanitarios.
5. Las respuestas 1 y 2 son las correctas.

6. Ética de la investigación: Helsinki, Oviedo, UNESCO y la Ley de Investigación biomédica

Documento	Quién y cuándo	Qué establece
Informe Belmont	Comisión Nacional de EE. UU.; presentado en 1978, publicado en 1979 ^{F2 F33}	Respeto a las personas, beneficencia y justicia; consentimiento, riesgos/beneficios y selección de sujetos ^{F2}
Declaración de Helsinki	Asociación Médica Mundial; adoptada en Helsinki en 1964 ; última revisión, Helsinki, octubre de 2024 ^{F3}	Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos ^{F3}
Convenio de Oviedo	Consejo de Europa, 4 de abril de 1997; en España, BOE de 20 de octubre de 1999 ^{F5}	Derechos humanos y biomedicina: primacía del ser humano, experimentación ^{F5}
Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos	UNESCO , 19 de octubre de 2005 ^{F7}	Cuestiones éticas de la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas; va dirigida a los Estados ^{F7}
Ley 14/2007 de Investigación biomédica	España, 3 de julio de 2007 ^{F4}	Principios y garantías de la investigación biomédica ^{F4}

La **Declaración de Helsinki** de la AMM recoge los **principios éticos para orientar la investigación médica en seres humanos**; su título vigente es «Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos», se adoptó en **1964** y se ha revisado varias veces, la última en **octubre de 2024** ^{F3}. El documento que enuncia respeto, beneficencia y justicia es el Informe Belmont ^{F2}.

EIR 2019 · 66

P12 · respuesta en el solucionario

Declaración de Helsinki: principios éticos de la investigación en humanos

¿Qué documento establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos?:

1. Declaración de los Derechos Humanos.
2. Convenio de Oviedo.
3. Declaración de Helsinki.
4. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Declaración de Helsinki: principios éticos de la investigación en humanos

Respecto a la Declaración de Helsinki, señalar la respuesta correcta:

1. Define la atención primaria como un conjunto esencial para la promoción de la salud.
2. Expone los límites del secreto profesional.
3. Establece los principios éticos para orientar la investigación en seres humanos.
4. Define Beneficencia, Respeto y Justicia en el ámbito asistencial.

Estos textos coinciden en la **primacía de la persona sobre la ciencia**. Helsinki: los objetivos de la investigación **nunca deben tener primacía sobre los derechos y los intereses** de la persona que participa ^{F3}. Oviedo (art. 2): **el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia** ^{F5}. UNESCO (art. 3): los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad ^{F7}. Y la **Ley 14/2007** (art. 2.b): **la salud, el interés y el bienestar del ser humano que participe en una investigación biomédica prevalecerán por encima del interés de la sociedad o de la ciencia** ^{F4}.

La **Ley 14/2007** desarrolla la autonomía de la persona en investigación: el art. 4.1 dice que se respetará la **libre autonomía** de las personas que puedan participar en una investigación biomédica, para lo que será preciso que hayan prestado previamente su **consentimiento expreso y escrito** tras recibir la información adecuada (si no pudiera escribir, el consentimiento podrá prestarse por cualquier medio admitido en derecho); y su exposición de motivos establece que la libre autonomía de la persona es el **fundamento** del que se derivan los derechos a otorgar el consentimiento y a obtener la información previa ^{F4}.

Garantías de la Ley 14/2007 que más caen ^{F4}:

- **Riesgos proporcionados:** la investigación **no deberá implicar para el ser humano riesgos y molestias desproporcionados en relación con los beneficios potenciales** (art. 14.2); solo se hace en ausencia de alternativa de eficacia comparable (art. 14.1) y, sin beneficio directo para el sujeto, con riesgo y carga mínimos (art. 14.3) ^{F4}.
- **Consentimiento** expreso, específico y escrito de la persona o de su representante legal (art. 13), con información sobre propósito, plan, molestias, riesgos y beneficios (art. 15.2) ^{F4}.
- **Informe previo y preceptivo favorable del Comité de Ética de la Investigación**, sin el cual no puede autorizarse ni desarrollarse el proyecto (arts. 2.e y 12) ^{F4}.
- **Emergencia:** se puede investigar en situaciones clínicas de emergencia en que la persona no pueda prestar su consentimiento, con condiciones: que no puedan hacerse investigaciones de eficacia comparable en personas fuera de esa situación; si no es previsible un beneficio para la salud del paciente, que conlleve el mínimo riesgo e incomodidad; puesta en conocimiento del Ministerio Fiscal; y respeto a cualquier objeción expresada antes por el paciente (art. 21) ^{F4}. Helsinki admite investigar sin consentimiento con participantes incapaces física o mentalmente (p. ej. inconscientes) si esa condición es una característica necesaria del grupo investigado, el representante legal no está disponible, la investigación no puede retrasarse y el protocolo, que lo prevé, lo aprueba un comité de ética de la investigación ^{F3}.
- **Confidencialidad:** protección de la intimidad y tratamiento confidencial de los datos personales (art. 5.1); ceder datos a terceros ajenos a la asistencia o a la investigación exige consentimiento expreso y escrito (art.

5.2) ^{F4}.

Los datos de salud en investigación se rigen por la **disposición adicional decimoséptima de la LO 3/2018** ^{F6}. La persona puede consentir el uso de sus datos para investigación en salud; la reutilización sin nuevo consentimiento solo es lícita para **finalidades o áreas de investigación relacionadas** con aquella para la que se consintió, y con informe previo favorable del comité de ética de la investigación; los datos **seudonimizados** pueden usarse con separación técnica y funcional y compromiso de no reidentificar; y los estudios **sin consentimiento en situaciones de excepcional relevancia y gravedad para la salud pública** están reservados a **las autoridades sanitarias e instituciones públicas con competencias en vigilancia de la salud pública** ^{F6}.



Lo que cae

En investigación **prevalece la persona** (su salud, interés y bienestar) **sobre el interés de la sociedad o de la ciencia** ^{F4 F5}, y los **riesgos y molestias no pueden ser desproporcionados** a los beneficios potenciales (Oviedo habla de riesgos) ^{F4 F5}. Según Helsinki, los objetivos de la investigación nunca deben tener primacía sobre los derechos y los intereses del participante ^{F3}.

EIR 2025 · 16

P6 · respuesta en el solucionario

Investigación: prevalece el sujeto sobre el interés de la ciencia

La Enfermería como profesión científica, moderna y dinámica, tiene una gran implicación y papel en la investigación en el campo sanitario. Indique la respuesta correcta:

1. La investigación en el campo sanitario implica la protección de datos especialmente sensibles y de carácter personal, pudiendo ser estos empleados en la investigación con finalidad diferente para la que han sido recogidos, sin la necesidad de consentimiento por parte de la persona afectada, siempre que la especial trascendencia de la investigación lo justifique.
2. Los datos clínicos sensibles y de carácter personal utilizados en investigación pueden ser utilizados sin el consentimiento de la persona, siempre que se mantenga el deber de confidencialidad de los mismos y haya sido consensuado por los investigadores principales.
3. El principio de autonomía decisoria de la persona sujeta a investigación, vertebrada toda investigación biomédica salvo en los casos en que la persona renuncie a ello o la investigación tenga un nivel de trascendencia que la justifique.
4. La investigación en salud debe proteger el principio de autonomía decisoria de la persona, prevaleciendo en todo el proceso su salud, bienestar y seguridad por encima del interés de la sociedad o de la ciencia.

Investigación biomédica: riesgos proporcionados a los beneficios

Desde el punto de vista ético la investigación biomédica consta de una serie de garantías y premisas de obligado cumplimiento para dar al proceso la necesaria salvaguarda ético-legal. Señale la respuesta correcta:

1. Desde el punto de vista ético la investigación biomédica garantiza que el interés y el bienestar de la sociedad o de la ciencia prevalecerá sobre el interés y el bienestar de la persona que participe en una investigación de éste tipo.
2. Éticamente la investigación biomédica debe asegurar que la persona sujeta a investigación no sufre riesgos o molestias desproporcionadas a los beneficios potenciales que se puedan obtener de la misma.
3. Desde el punto de vista ético y legal no se puede iniciar una investigación biomédica en los casos en que la persona por su situación clínica de emergencia no pueda otorgar su consentimiento.
4. Si la investigación biomédica tiene la necesaria trascendencia e importancia clínica se procederá a retrasar o privar a los participantes de los procedimientos médicos, diagnósticos o terapéuticos que sean necesarios para su estado de salud.

7. Comités de ética y regla del donante muerto

Los dos tipos principales de comités de ética en los centros sanitarios españoles son los **Comités de Ética Asistencial (CEA)**, regulados por las comunidades autónomas ^{F32}, y los **comités de ética de la investigación** ^{F8}. Estos últimos se llamaban **Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)**; la Ley 14/2007 dispuso que dejarían de existir al constituirse los **Comités de Ética de la Investigación (CEI)**, y las referencias a los CEIC del texto refundido de la Ley de garantías de los medicamentos se entienden hechas a los **CEIm** ^{F8}.

Comité	Definición y datos
CEI (Comité de Ética de la Investigación)	Órgano independiente y multidisciplinar que vela por la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un proyecto de investigación biomédica y ofrece garantía pública mediante un dictamen ^{F8}
CEIm (con medicamentos)	CEI acreditado además para dictaminar estudios clínicos con medicamentos e investigaciones clínicas con productos sanitarios; mínimo diez miembros , entre ellos un diplomado o graduado en enfermería , un miembro lego y dos ajenos a las profesiones sanitarias (uno licenciado o graduado en derecho) ^{F8}
CEA (Comité de Ética Asistencial)	Ejemplo de definición autonómica (Galicia): órgano consultivo e interdisciplinar , al servicio de profesionales y usuarios, que analiza y asesora en la resolución de conflictos éticos de la labor asistencial para mejorar la dimensión ética de la práctica clínica ^{F32} . Si el centro tiene un CEA, un miembro suyo debe formar parte del CEIm ^{F8}

Según la **Circular 3/95 del INSALUD** (fecha 30-3; el documento no indica el año y no consta que siga vigente), el Comité Asistencial de Ética es una **comisión consultiva e interdisciplinar**, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos de la práctica clínica en las instituciones sanitarias, con el objetivo final de mejorar la calidad de la asistencia ^{F44}. Como composición orientativa señala 3 o 4 médicos asistenciales, 3 o 4 enfermeras/os, 3 profesionales no sanitarios de la institución, un licenciado en derecho (siempre que sea posible) y 1 o 2 personas ajenas a la institución y a las profesiones sanitarias; el personal directivo del hospital y de atención primaria no debe formar parte ^{F44}. En Galicia, el Decreto 101/2021 (DOG de 9-7-2021) añadió una letra f) al art. 6 del Decreto 177/2000: asesorar y emitir informes sobre las cuestiones éticas relacionadas con la práctica clínica para garantizar los derechos de las personas enfermas terminales, así como los derechos y deberes de las y los profesionales que las atiendan ^{F45}.

EIR 2018 · 6

P14 · respuesta en el solucionario

Tipos de comités de ética

¿Qué tipos de Comités de Ética existen en la actualidad?:

1. Comités de Ética para las Familias de los Enfermos y Comités de Ética Asistencial.
2. Comités de Ética para la vigilancia del Gasto Sanitario y Comités de Ética de la Investigación.
3. Comités de Ética Asistencial o Asistenciales de Ética y Comités Éticos de Investigación Clínica.
4. Comités éticos para la Mejora de la Práctica Asistencial y Comités Éticos de Vigilancia Farmacológica.

EIR2018-006: CEIC o CEI/CEIm

La respuesta oficial de EIR2018-006 es la 3: comités de ética asistencial y **Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)**, aunque el enunciado pregunta por los que existen «en la actualidad». Pero la Ley 14/2007 dispuso que los CEIC dejarían de existir al constituirse los **CEI**, y las referencias a los CEIC se entienden hechas a los **CEIm** ^{F8}: hoy los comités de ética de la investigación se llaman CEI o CEIm. Los comités de ética asistencial sí existen ^{F32}. La respuesta oficial es la 3.

En trasplantes rige la **regla del donante muerto** (*dead donor rule*): exige que **la muerte preceda a la donación de órganos** y que **no se mate a pacientes vivos para obtener órganos** ^{F21}. Es el criterio considerado esencial para que la extracción de órganos vitales sea ética: **el donante debe estar muerto** ^{F22}. Donde más se discute hoy es en la donación en asistolia tras la retirada del soporte vital ^{F22}.

EIR 2026 · 119

P29 · respuesta en el solucionario

Regla del donante muerto

El principio conocido como “Ley del Donante Muerto” (Dead Donor Rule), fundamental en bioética y medicina de trasplantes, establece que:

1. Los órganos no podrán extraerse del donante por equipos que participen en el cuidado del paciente en la última etapa de la vida, para evitar conflictos de intereses.
2. Los órganos pueden extraerse si el pronóstico vital es terminal, aunque el paciente no haya fallecido.
3. Los órganos solo pueden extraerse de donantes legal y éticamente fallecidos, y el acto de extracción no debe causar la muerte del donante.
4. Solo aplica a donación en asistolia y no a donación en muerte encefálica.

Todas las preguntas del tema (28)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 142

P1 · respuesta en el solucionario

Una enfermera atiende a un paciente anciano con deterioro cognitivo leve. Durante la planificación del tratamiento, el hijo del paciente propone modificar la medicación sin consultar al médico. Ante esta situación y desde la perspectiva ética ¿cómo debe actuar la enfermera?:

1. Aplicando el principio de justicia distributiva.
2. Como representante del paciente, defendiendo su autonomía y bienestar.
3. Apoyando la decisión de la familia, al considerar que el paciente, debido a su deterioro cognitivo, no tiene capacidad para comprender su situación clínica ni el tratamiento indicado.
4. Imponiendo un tratamiento al paciente por considerar que lo necesita sin tener en cuenta su capacidad de decisión.

EIR 2026 · 139

P2 · respuesta en el solucionario

Respecto a la Declaración de Helsinki, señalar la respuesta correcta:

1. Define la atención primaria como un conjunto esencial para la promoción de la salud.
2. Expone los límites del secreto profesional.
3. Establece los principios éticos para orientar la investigación en seres humanos.
4. Define Beneficencia, Respeto y Justicia en el ámbito asistencial.

EIR 2026 · 138

P3 · respuesta en el solucionario

¿En qué principio se fundamenta el límite del secreto profesional relacionado con la comunicación de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria?:

1. Justicia.
2. Beneficencia.
3. No maleficencia.
4. Autonomía.

EIR 2026 · 134

P4 · respuesta en el solucionario

La Bioética principialista fue formulada por primera vez por:

1. Diego Gracia Guillén.
2. Warren Thomas Reich.
3. Aldo Leopold.
4. Beauchamp y Childress.

La ética en la práctica clínica está alumbrada por el respeto a los cuatro principios bioéticos. Indique la respuesta correcta:

1. El principio de Beneficencia es el principio bioético rector de todo acto asistencial de Enfermería.
2. Los principios de Beneficencia y Justicia priman en el desarrollo de la práctica clínica sobre el principio de Autonomía del paciente.
3. El principio de No Maleficencia primará en todo acto asistencial de Enfermería cuando entre en conflicto con el principio bioético de Beneficencia.
4. El principio de Autonomía decisoria prima en el desarrollo de la investigación biomédica siempre que no entre en conflicto con el principio de Beneficencia.

La Enfermería como profesión científica, moderna y dinámica, tiene una gran implicación y papel en la investigación en el campo sanitario. Indique la respuesta correcta:

1. La investigación en el campo sanitario implica la protección de datos especialmente sensibles y de carácter personal, pudiendo ser estos empleados en la investigación con finalidad diferente para la que han sido recogidos, sin la necesidad de consentimiento por parte de la persona afectada, siempre que la especial trascendencia de la investigación lo justifique.
2. Los datos clínicos sensibles y de carácter personal utilizados en investigación pueden ser utilizados sin el consentimiento de la persona, siempre que se mantenga el deber de confidencialidad de los mismos y haya sido consensuado por los investigadores principales.
3. El principio de autonomía decisoria de la persona sujeta a investigación, vertebrada toda investigación biomédica salvo en los casos en que la persona renuncie a ello o la investigación tenga un nivel de trascendencia que la justifique.
4. La investigación en salud debe proteger el principio de autonomía decisoria de la persona, prevaleciendo en todo el proceso su salud, bienestar y seguridad por encima del interés de la sociedad o de la ciencia.

Durante la labor de atención y cuidado a pacientes los principios bioéticos de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia pueden entrar en conflicto. Indique la respuesta correcta:

1. El principio bioético de autonomía y beneficencia primarán en caso de entrar en conflicto con el principio bioético de no maleficencia.
2. El principio de no maleficencia determina de forma específica la no discriminación de ninguna persona en la labor asistencial, protegiendo de forma especial a aquellas personas menos desfavorecidas.
3. El principio de justicia determina la libertad personal de cada paciente, que bien informado decide sobre lo que es bueno para él.
4. El principio de no maleficencia primará si éste entra en conflicto con el principio bioético de beneficencia.

Una de las premisas del informe Belmont asegura en su contenido lo siguiente:

1. Define como básicos en investigación biomédica los principios de beneficencia, justicia y utilidad en la práctica sanitaria y en investigación biomédica.
2. Establece el respeto a la autonomía de la persona y la capacidad de decisión de no participar en una investigación una vez explicados los riesgos y beneficios de la misma, salvo en los casos de pacientes incapacitados o menores de edad.
3. El grado de protección en investigación de las personas vulnerables dependerá de la probabilidad de obtener beneficio y de la propia decisión de la persona sujeta a investigación.
4. La obligación de obtener un consentimiento informado donde el sujeto sometido a investigación biomédica acepta libremente participar tras una amplia explicación de riesgos y beneficios de la investigación.

Desde el punto de vista ético la investigación biomédica consta de una serie de garantías y premisas de obligado cumplimiento para dar al proceso la necesaria salvaguarda ético-legal. Señale la respuesta correcta:

1. Desde el punto de vista ético la investigación biomédica garantiza que el interés y el bienestar de la sociedad o de la ciencia prevalecerá sobre el interés y el bienestar de la persona que participe en una investigación de éste tipo.
2. Éticamente la investigación biomédica debe asegurar que la persona sujeta a investigación no sufre riesgos o molestias desproporcionadas a los beneficios potenciales que se puedan obtener de la misma.
3. Desde el punto de vista ético y legal no se puede iniciar una investigación biomédica en los casos en que la persona por su situación clínica de emergencia no pueda otorgar su consentimiento.
4. Si la investigación biomédica tiene la necesaria trascendencia e importancia clínica se procederá a retrasar o privar a los participantes de los procedimientos médicos, diagnósticos o terapéuticos que sean necesarios para su estado de salud.

Una de las premisas del informe Belmont es:

1. La investigación y la práctica pueden llevarse a cabo juntas cuando la primera está diseñada para evaluar la seguridad y la eficacia de la segunda.
2. Define como básicos los principios de beneficencia, justicia y utilidad en la práctica clínica e investigación.
3. El grado de protección en investigación de las personas vulnerables dependerá de la probabilidad de obtener beneficio y de la propia decisión de la persona sujeta a investigación.
4. Las aplicaciones de la investigación conducen a considerar la necesidad de la existencia de un consentimiento informado y la reciprocidad de los beneficios en investigación.

El Principialismo jerarquizado propuesto por Diego Gracia determina la existencia de una ética de máximos y una ética de mínimos caracterizada cada una de ellas por dos principios de los cuatro que conforman la Bioética, de forma que si los principios bioéticos entran en conflicto se deben preservar y proteger en primera instancia los siguientes:

1. Autonomía y beneficencia.
2. Beneficencia y justicia.
3. Justicia y autonomía.
4. No maleficencia y justicia.

¿Qué documento establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos?:

1. Declaración de los Derechos Humanos.
2. Convenio de Oviedo.
3. Declaración de Helsinki.
4. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

¿Cuál de los siguientes principios éticos hace referencia a la sociedad y considera posibles daños a terceras personas?:

1. No-maleficencia.
2. Beneficencia.
3. Justicia.
4. Autonomía.

¿Qué tipos de Comités de Ética existen en la actualidad?:

1. Comités de Ética para las Familias de los Enfermos y Comités de Ética Asistencial.
2. Comités de Ética para la vigilancia del Gasto Sanitario y Comités de Ética de la Investigación.
3. Comités de Ética Asistencial o Asistenciales de Ética y Comités Éticos de Investigación Clínica.
4. Comités éticos para la Mejora de la Practica Asistencial y Comités Éticos de Vigilancia Farmacológica.

¿Qué principios incluye la denominada Ética de mínimos?:

1. Principios de autonomía y de beneficencia.
2. Principios de autonomía y de justicia.
3. Principios de no maleficencia y de beneficencia.
4. Principios de no maleficencia y de justicia.

¿Qué es “Fundamental” en Ética?:

1. Dar respuesta “con fundamento” a las preguntas que nos presenta la profesión.
2. Es dar razón que justifique los principios o normas morales. Abre la vía del diálogo y es una salvaguarda contra el dogmatismo.
3. Encontrar respuesta a las preguntas fundamentales que nos hacen los pacientes.
4. Dar la respuesta más adecuada a las preguntas de los pacientes, basadas en nuestros principios.

A la capacidad de captar los principios por los que se distingue entre lo que es moralmente bueno o malo se le denomina:

1. Acción moral.
2. Conciencia moral.
3. Libertad moral.
4. Ideal moral.
5. Capacidad moral.

El modelo de fundamentación ética expuesto por Carol Gilligan se denomina Ética:

1. De Máximos.
2. Del Deber.
3. Del Cuidado.
4. De Mínimos.
5. De la Justicia.

Los cuatro principios de la bioética, no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía fueron propuestos:

1. Por Beauchamp y Childress.
2. En el Informe Belmont.
3. En el Convenio de Oviedo.
4. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
5. Por Diego Gracia.

El documento que sienta los principios de la Bioética respecto a la autonomía de las personas, beneficencia y justicia, y fija los requisitos básicos del consentimiento informado, la valoración de riesgos y beneficios y la selección de los sujetos es:

1. La Declaración de Helsinki de 1964.
2. El Informe Belmont de 1978.
3. Los principios de la Ética Biomédica de 1979.
4. El Convenio de Oviedo de 1997.
5. El Código Deontológico.

En la prevalencia de los principios bioéticos, los principios de justicia y de no maleficencia se encuadran en una ética:

1. De máximos.
2. De mínimos.
3. Deontológica.
4. Pluralista.
5. De excelencia.

El principio bioético que se basa en el criterio *primum non nocere* es el de:

1. Responsabilidad.
2. Autonomía.
3. Beneficencia.
4. No maleficencia.
5. Justicia.

Al modelo de fundamentación ética propuesto por Carol Gilligan, en 1982, se le denomina:

1. Ética de Máximos.
2. Ética del Deber.
3. Ética de los Principios.
4. Ética del Cuidado.
5. Ética de Mínimos.

El origen de la palabra “BIOÉTICA” se le atribuye a:

1. Diego Gracia, en 1989.
2. Andre Hellegers, en 1971.
3. Van Rensselaer Potter, en 1970.
4. Aldo Leopold, en 1988.
5. Margaret Mead, en 1957.

La ética de máximos incluye los principios de:

1. No maleficencia y justicia.
2. Autonomía y beneficencia.
3. No maleficencia y beneficencia.
4. Justicia y autonomía.
5. Autonomía y no maleficencia.

De acuerdo con el informe Belmont, no hacer daño y extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos, al proporcionar cuidados enfermeros, son expresiones básicas del principio de:

1. Beneficencia.
2. No maledicencia.
3. Autonomía.
4. Justicia.
5. Respeto.

Cuando una persona fundamenta la norma moral en argumentos distintos a su razón práctica, lo hace desde una fuente:

1. Interna.
2. Externa.
3. Homogénea.
4. Heterogénea.
5. Dependiente.

De acuerdo con el informe Belmont de 1978, los principios de la bioética son:

1. Autonomía, no maledicencia y justicia.
2. Respeto por las personas, beneficencia y justicia.
3. Extremar los beneficios y minimizar los riesgos.
4. Respeto por la dignidad de la persona y autonomía.
5. Hacer el bien al enfermo, aun sin contar con él, y no maledicencia.

Preguntas que también podrían ser de este tema (3)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 119

P29 · respuesta en el solucionario

El principio conocido como “Ley del Donante Muerto” (Dead Donor Rule), fundamental en bioética y medicina de trasplantes, establece que:

1. Los órganos no podrán extraerse del donante por equipos que participen en el cuidado del paciente en la última etapa de la vida, para evitar conflictos de intereses.
2. Los órganos pueden extraerse si el pronóstico vital es terminal, aunque el paciente no haya fallecido.
3. Los órganos solo pueden extraerse de donantes legal y éticamente fallecidos, y el acto de extracción no debe causar la muerte del donante.
4. Solo aplica a donación en asistolia y no a donación en muerte encefálica.

EIR 2014 · 32

P30 · respuesta en el solucionario

Que las profesiones tengan un “bien interno” que las define, significa que tienen:

1. Un compromiso moral y unos fines que han de alcanzarse mediante el cumplimiento de ciertos principios y la observación de ciertos valores.
2. Una ética profesional intrínseca a esa profesión que la define, la dota de sentido y justifica su existencia y valor.
3. Que ser desarrolladas por profesionales altamente cualificados académicamente.
4. Que sustentarse por leyes y normas dictadas por los máximos responsables sanitarios.
5. Las respuestas 1 y 2 son las correctas.

EIR 2013 · 32

P31 · respuesta en el solucionario

Que las profesiones tengan un “bien interno” que las define, significa que tienen:

1. Un compromiso moral y unos fines que han de alcanzarse mediante el cumplimiento de ciertos principios y la observancia de ciertos valores.
2. Una ética profesional intrínseca a esa profesión que la define, la dota de sentido y justifica su existencia y su valor.
3. Que ser desarrolladas por profesionales altamente cualificados académicamente.
4. Que sustentarse por leyes y normas dictadas por los máximos responsables sanitarios.
5. Las alternativas 1 y 2 son las correctas.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 142	2	
P2	EIR 2026 · 139	3	
P3	EIR 2026 · 138	3	
P4	EIR 2026 · 134	4	
P5	EIR 2025 · 20	3	
P6	EIR 2025 · 16	4	
P7	EIR 2024 · 26	4	
P8	EIR 2023 · 157	4	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2022 · 58	2	
P10	EIR 2021 · 182	1	
P11	EIR 2021 · 49	4	
P12	EIR 2019 · 66	3	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2019 · 65	3	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2018 · 6	3	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2018 · 4	4	hoja del archivo oficial
P16	EIR 2018 · 3	2	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2015 · 44	2	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2015 · 43	3	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2015 · 40	1	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2014 · 189	2	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2014 · 36	2	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2013 · 167	4	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2013 · 30	4	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2013 · 29	3	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2011 · 17	2	

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2007 · 96	1	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2007 · 95	2	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2006 · 97	2	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2026 · 119	3	
P30	EIR 2014 · 32	5	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2013 · 32	5	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Hernando P, Marijuán M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006;29(supl. 3). Edición en SciELO España (ISCIII). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600010 · consultada 2026-09-26
- **F2** 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. 18 de abril de 1979. HHS, Office for Human Research Protections. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (4-1-2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F3** Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. Revisión de la 75.ª Asamblea General, Helsinki, octubre de 2024. · <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> · consultada 2026-09-26
- **F4** Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE núm. 159, de 4 de julio de 2007 (texto consolidado). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945> · consultada 2026-09-26
- **F5** Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo, 4 de abril de 1997). BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638> · consultada 2026-09-26
- **F6** Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, disposición adicional decimoséptima. BOE (texto consolidado). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673> · consultada 2026-09-26
- **F7** UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, 19 de octubre de 2005. · <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights> · consultada 2026-09-26
- **F8** Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. BOE (texto consolidado). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-14082> · consultada 2026-09-26
- **F9** Potter VR. Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine 1970;14(1):127-153. DOI 10.1353/pbm.1970.0015. · <https://doi.org/10.1353/pbm.1970.0015> · consultada 2026-09-26
- **F10** The Emergence and Development of Bioethics in the UK. Medical Law Review 2018. DOI 10.1093/medlaw/fwy011. Texto completo en PubMed Central (PMC5963301). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5963301/> · consultada 2026-09-26
- **F11** Cultivating a «Habitus of Multiplicity» in Cross-Cultural Medicine. Nursing Philosophy 2026. DOI 10.1111/nup.70065. Texto completo en PubMed Central (PMC12867508). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12867508/> · consultada 2026-09-26
- **F12** Time to expand a paradigm: Healthcare sustainability and eco-ethical assessment. Bioethics 2025. DOI 10.1111/bioe.70008. Texto completo en PubMed Central (PMC12232585). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12232585/> · consultada 2026-09-26

- **F13** What can history do for bioethics? Bioethics 2013. DOI 10.1111/j.1467-8519.2011.01933.x. Texto completo en PubMed Central (PMC3654172). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3654172/> · consultada 2026-09-26
- **F14** Ethics — A matter of principle? 2024. DOI 10.5840/jsce200424129. Texto completo en PubMed Central (PMC11633310). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11633310/> · consultada 2026-09-26
- **F15** Preserving the right to future children. American Journal of Bioethics 2012. DOI 10.1080/15265161.2012.673688. Texto completo en PubMed Central (PMC3642619). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3642619/> · consultada 2026-09-26
- **F16** The core values and principles of public health: a contemporary treatise. Frontiers in Public Health 2026. DOI 10.3389/fpubh.2026.1919058. Texto completo en PubMed Central (PMC13586850). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13586850/> · consultada 2026-09-26
- **F17** From ethics of care to psychology of care. Frontiers in Psychology 2014. DOI 10.3389/fpsyg.2014.01135. Texto completo en PubMed Central (PMC4201096). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4201096/> · consultada 2026-09-26
- **F18** Partial and impartial ethical reasoning in health care professionals. Journal of Medical Ethics 1997;23(4):226. DOI 10.1136/jme.23.4.226. Texto completo en PubMed Central (PMC1377271). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1377271/> · consultada 2026-09-26
- **F19** The Medical Home: Locus of Physician Formation. Journal of the American Board of Family Medicine 2008. DOI 10.3122/jabfm.2008.05.080083. Texto completo en PubMed Central (PMC3776409). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3776409/> · consultada 2026-09-26
- **F20** Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006;29(supl. 3). Edición en SciELO España (ISCIII). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600007 · consultada 2026-09-26
- **F21** Death, organ transplantation and medical practice. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine 2008;3:5. DOI 10.1186/1747-5341-3-5. Texto completo en PubMed Central (PMC2276227). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2276227/> · consultada 2026-09-26
- **F22** Patuzzo Manzati S et al. Donation After Circulatory Death following Withdrawal of Life-Sustaining Treatments. Are We Ready to Break the Dead Donor Rule? Journal of Bioethical Inquiry 2024. DOI 10.1007/s11673-024-10382-8. Texto completo en PubMed Central (PMC12263745). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12263745/> · consultada 2026-09-26
- **F23** Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Ética del CIE para las Enfermeras. Revisado en 2021 (versión española). · https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf · consultada 2026-09-26
- **F24** Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española (Resoluciones 32/89 y 2/98), arts. 19-21. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (29-7-2025), porque la web oficial ya no lo sirve. · <https://web.archive.org/web/20250729194126/https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo-deontologico-2023.pdf> · consultada 2026-09-30
- **F25** Journal of Medicine and Philosophy 2021 (cita literal de Beauchamp y Childress, 1.^a ed., 1979, p. 59). DOI 10.1093/jmp/jhab004. Texto completo en PubMed Central (PMC8188809). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8188809/> · consultada 2026-09-26
- **F26** Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006;29(supl. 3). Edición en SciELO España (ISCIII). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-

[662720060006000006](#) · consultada 2026-09-26

- **F27** Barrio IM, Molina A, Sánchez CM, Ayudarte ML. Ética de enfermería y nuevos retos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2006;29(supl. 3). Edición en SciELO España (ISCIIE). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-662720060006000005 · consultada 2026-09-26
- **F29** Cortina A. La conciencia moral: entre la naturaleza y la autonomía. Cuadernos Salmantinos de Filosofía 2013;40:249-262. DOI 10.36576/summa.32440. Repositorio oficial de la Universidad Pontificia de Salamanca. · <https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000032440&name=00000001.original.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F30** Cortina A. Ética de las biotecnologías. Isegoría 2002;27. DOI 10.3989/isegoria.2002.i27.555. · <https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/555> · consultada 2026-09-26
- **F31** Cortina A. Ethica cordis. Isegoría 2007;37:113-126 (CSIC). · <https://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/download/112/112/112> · consultada 2026-09-26
- **F32** Decreto 177/2000, de 22 de junio, por el que se regula la creación y autorización de los comités de ética asistencial. Diario Oficial de Galicia núm. 130, de 5 de julio de 2000. · https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2000/20000705/AnuncioF336_es.html · consultada 2026-09-26
- **F33** Office for Human Research Protections (HHS). Institutional Review Board Guidebook, Introduction, B. The Belmont Report (archivo de OHRP). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-4-2016), porque la web oficial bloquea la lectura automática (403). · https://www.hhs.gov/ohrp/archive/irb/irb_introduction.htm · consultada 2026-09-26
- **F34** Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University. About. · <https://kenedyinstitute.georgetown.edu/about/> · consultada 2026-09-26
- **F35** Consejo General de Enfermería. Test de proporcionalidad del nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española (Resolución 5/2025, aprobada el 16-12-2025). · <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/codigo-deontologico/aprobacion-codigo-deontologico/send/216-aprobacion-codigo-deontologico/3159-test-proporcionalidad-nuevo-codigo-etico-deontologico-de-la-enfermera-espanola> · consultada 2026-09-30
- **F36** Frontiers in Sociology 2022 (cita de MacIntyre, After Virtue, 1981/2007). DOI 10.3389/fsoc.2022.1019804. Texto completo en PubMed Central (PMC9650410). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9650410/> · consultada 2026-09-26
- **F28** Frontiers in Medicine 2026. DOI 10.3389/fmed.2026.1888397. Texto completo en PubMed Central (PMC13581949). · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13581949/> · consultada 2026-09-26
- **F37** Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, Comisión Deontológica Nacional de Enfermería. Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española. 2026, art. 29. · https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/Codigo_deontologico_CGE_2026.pdf · consultada 2026-09-28
- **F38** Feito L. Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia. Bioética & Debat 2011;17(64):8-11. Institut Borja de Bioètica. · http://www.iborjabioetica.url.edu/sites/default/files/2019-07/64_B_D_es.pdf · consultada 2026-09-28
- **F39** Aguilera Dreyse B, López Gaete G. ¿Tiene el médico el deber moral de trabajar en el sector público de salud? Consideraciones éticas sobre las obligaciones sociales del médico. Medwave, publicado el 22-12-2017. DOI 10.5867/medwave.2017.09.7105. · <https://www.medwave.cl/enfoques/ensayo/7105.html> · consultada 2026-09-28

- **F40** Lorenzo Izquierdo D. MacIntyre, las virtudes, la medicina y la enfermería. Institut Borja de Bioètica, 17-7-2025. · <https://www.iborjabioetica.url.edu/es/blog-de-bioetica-debat/macintyre-las-virtudes-la-medicina-y-la-enfermeria> · consultada 2026-09-28
- **F41** Andino C. Ética de mínimos y pluralidad democrática. Aportes actuales de la ética civil de Adela Cortina. Revista Científica de la UCSA 2017;4(1):67-79. DOI 10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(01)067-079. · http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2409-87522017000100067 · consultada 2026-09-28
- **F42** Consejo General de Enfermería. La enfermería española ya tiene un Código Ético y Deontológico actualizado al siglo XXI. Nota de prensa, Madrid, 24 de abril de 2026. · <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/notas-prensa/send/20-notas-de-prensa/3237-la-enfermeria-espanola-ya-tiene-un-codigo-etico-y-deontologico-actualizado-al-siglo-xxi> · consultada 2026-09-28
- **F43** Barbero Gutiérrez J, Sánchez Caballero M, Martín Cortecero JM. Secreto profesional y riesgo vital para un tercero identificado: metodología de análisis ético en torno a un caso. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2013;33(119). DOI 10.4321/S0211-57352013000300007. · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000300007 · consultada 2026-09-28
- **F44** INSALUD, Subdirección General de Atención Especializada. Circular 3/95 (fecha 30-3), Comités asistenciales de ética. Copia en la web de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. · <https://www.san.gva.es/documents/d/bioetica/7circular395insalud> · consultada 2026-09-28
- **F45** Decreto 101/2021, de 8 de julio, por el que se crea la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de la Comunidad Autónoma de Galicia (modifica el Decreto 177/2000). DOG núm. 130, de 9 de julio de 2021. · https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2021/20210709/AnuncioC3K1-080721-0006_es.html · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Expresiones «obligaciones perfectas/imperfectas» asociadas a los mínimos y máximos de Diego Gracia: no halladas en fuente abierta válida (Feito, F38, habla de ética pública y privada, no de perfectas e imperfectas). Buscar en Júdez J, Gracia D, Med Clin (Barc) 2001;117:18-23 (DOI 10.1016/S0025-7753(01)71998-7).
- Qué principio fundamenta el límite del secreto profesional por las enfermedades de declaración obligatoria: ninguna fuente consultada lo atribuye expresamente; F43 sitúa en la no maleficencia el conflicto de callar ante un riesgo vital para un tercero identificado, pero no trata las EDO (la clave oficial de EIR2026-138 dice no maleficencia).
- Día exacto de entrada en vigor del nuevo Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española (aprobado en diciembre de 2025): la nota del CGE de 24-4-2026 (F42) dice que ya está en vigor, sin dar la fecha concreta.
- Vigencia actual del Decreto gallego 177/2000 de comités de ética asistencial: el Decreto 101/2021 (F45) prueba que se modificó en julio de 2021, pero ninguna fuente leída dice si sigue vigente hoy ni si se derogó después.
- Equivalencia entre basar la norma moral en algo distinto de la propia razón práctica y hablar de «fuente externa» (EIR2007-095): Cortina (F29) no usa las expresiones «fuente interna» ni «externa»; el tema solo recoge lo que dice el texto.
- Fichas oficiales de Harvard University Press («In a Different Voice», Gilligan, 1982) y de Oxford University Press («Principles of Biomedical Ethics»): hup.harvard.edu y global.oup.com devuelven a curl un HTTP 202

vacío (reto anti-bots); no se buscó rodeo.