



TEMAS DE BIOÉTICA

# ¿Seguimos siendo guardianes de nuestros pacientes?: la contribución de James Drane a la ética clínica actual<sup>☆</sup>



B. Herreros<sup>a,b,d,\*</sup>, D. Real de Asua<sup>a,c,d</sup> y G. Palacios<sup>a,c,d</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Ética Clínica Francisco Valles, Universidad Europea, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

<sup>c</sup> Division of Medical Ethics, Department of Medicine, Weill Cornell College of Medicine, Nueva York, Estados Unidos

<sup>d</sup> Grupo de Trabajo de Bioética, Sociedad Española de Medicina Interna, España

Recibido el 19 de octubre de 2017; aceptado el 15 de noviembre de 2017

Disponible en Internet el 29 de diciembre de 2017

## PALABRAS CLAVE

Ética clínica;  
Competencia;  
Virtudes;  
Profesionalismo

**Resumen** El trabajo analiza la figura del bioeticista estadounidense James Drane (1930). Drane jugó un papel crucial en el nacimiento de la bioética en Estados Unidos y en su posterior desarrollo en España e Iberoamérica. Su «escala móvil» fue la primera herramienta que permitió valorar de forma dinámica la competencia de los pacientes para tomar decisiones sobre su salud. Pero la aportación más relevante de Drane a la bioética fue la aplicación de la ética de la virtud a la relación clínica. Para ello, el autor parte del compromiso del médico de atender a la persona enferma en todas sus dimensiones. Este objetivo determinará el carácter del médico y de este surgirán las virtudes específicas para ejercer la Medicina. Si un médico es virtuoso, cuando se enfrente a un problema responderá con comportamientos apropiados como respuesta natural antes que calculada.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Clinical ethics;  
Mental competency;  
Virtues;  
Professionalism

**Are we still our patients' keepers?: James Drane's contribution to clinical ethics in the current context**

**Abstract** The current article analyzes the figure of the American bioethicist James Drane (1930). Drane not only played a crucial role in the birth of Bioethics in the United States, but

<sup>☆</sup> Una versión preliminar de este trabajo fue presentada como conferencia bajo el título «La contribución de James Drane a la bioética» por Benjamín Herreros en el IX Seminario de Biomedicina, Ética y Derechos Humanos (Madrid, 24 de noviembre de 2016).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [benjaminherreros@gmail.com](mailto:benjaminherreros@gmail.com) (B. Herreros).

was also instrumental in the inception and development of the field in Spain and Latin America. His «sliding scale» was the first dynamic tool encouraging a systematic evaluation of a patient's capacity to make healthcare-related decisions. However Drane's major contribution to the field was his application of virtue Ethics to the doctor-patient relationship. His proposal rests on the physician's compromise with the patient in all his/her dimensions. This goal will guide the physician's character and serve as compass, with which to exercise a virtuous practice, since only by exercising these virtues can doctors become truly good.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Epígrafe

«Antes de que la bioética se convirtiera en una disciplina, yo aprendí de Laín la comprensión de la Medicina como una forma de relación profesional, así como el papel del carácter y la virtud en la práctica ética del médico».

«Los médicos se ven obligados a limitar los minutos dedicados a cada paciente por razones económicas, y a restringir su comunicación con ellos. La entrevista clínica se centra cada vez más en la pantalla del ordenador y en los datos digitalizados [...]. La práctica médica se está reduciendo al análisis de los datos objetivos de las pruebas analíticas. ¿Por qué esto?».

James Drane (2014)<sup>1</sup>

## El caso

Don A. tiene 78 años, es viudo y vive solo. Hace 4 días un vecino alertó a los servicios de emergencia porque don A. no respondía a sus llamadas. En el servicio de urgencias se objetivaron signos de sepsis y un absceso hepático de 6 cm en la tomografía computarizada (TC). Don A. quedó ingresado para recibir tratamiento antibiótico y un drenaje percutáneo.

Los primeros días de ingreso transcurrieron sin incidencias, salvo algún episodio puntual de desorientación. A primera hora de la mañana del cuarto día, un residente entró en la habitación con el formulario de consentimiento para el drenaje. Encontró a don A. sentado en el sillón diciendo que de ninguna manera dejará «que me hagan ninguna perrería más» y que «me quiero marchar a mi casa». ¿Cómo debería abordar el residente esta situación?

## Introducción

En España, la práctica de la ética clínica está en una situación comprometida. Las discusiones sobre principios, valores y virtudes no parecen amoldarse al ritmo diario de la clínica. Las presiones temporales y las urgencias asistenciales no dejan margen para la reflexión pausada<sup>2</sup>. Entre las primeras preocupaciones cotidianas de los clínicos se sitúan con frecuencia aspectos que quizás deberían ser secundarios, como reducir la estancia media o responder a los crecientes requerimientos de documentación informática, entre otros.

Es frecuente oír, con cierta acritud y nostalgia, que los médicos actuales pasan más tiempo delante del ordenador que del paciente<sup>3</sup>. Ante la vorágine de la clínica diaria ¿queda todavía lugar para una «ética de la virtud» para el profesional sanitario?

Trasladar las teorías éticas a la práctica clínica es un reto permanente tanto para los educadores como para los clínicos<sup>4</sup>, en gran parte porque si se transmiten estas teorías al contexto clínico puede mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Sin olvidar que reporta beneficios a los profesionales sanitarios, tanto por la satisfacción por un ejercicio profesional bien hecho como porque una práctica más ética ayuda a sobrellevar mejor el conocido desgaste profesional<sup>5,6</sup>.

El primer artículo de la serie sobre los bioeticistas más influyentes en España se centra en la figura de James Francis Drane (1930-), por su papel crucial en el nacimiento de la bioética como disciplina independiente en Estados Unidos y por su conexión personal e intelectual con la bioética española e iberoamericana. Tras un breve repaso bibliográfico se analizan, guiados por el caso clínico, sus aportaciones más relevantes a la bioética: su propuesta de valoración de la competencia y su aplicación de la ética de la virtud a la relación clínica.

## El retrato: James Francis Drane

James Drane ha sido uno de los protagonistas de los inicios de la bioética, entre los años 60 y 70 del siglo xx. Como señaló Pellegrino en 2010: «Es uno de los patriarcas de la bioética norteamericana, y su embajador indiscutible en Latinoamérica»<sup>7</sup>. Dos facetas han marcado su trayectoria vital: el compromiso religioso y su deseo por superar las barreras que dificultaban la apertura de la religiosidad cristiana al mundo moderno.

A principios de los 60, pocos años tras su ordenación como sacerdote, Drane aterrizó en Madrid para doctorarse en Filosofía por la Universidad Complutense con una tesis sobre las bases de la tolerancia religiosa. A su regreso a Estados Unidos, en 1967, publicó una serie de artículos en los que reflexionaba sobre su experiencia como confesor de parejas, cuestionando la postura tradicional de la Iglesia católica respecto al control de natalidad<sup>8</sup>. Estos tuvieron un enorme impacto en el ámbito católico y le cerraron las puertas del ejercicio sacerdotal. Gracias a una beca de la

**Tabla 1** Escala móvil de valoración de la competencia

Categoría	Criterios	Exploración de los criterios	Competente para:	¿Quién podría ser competente?	¿Quién sería incompetente?
<b>Mínimo nivel de competencia</b>	<b>Conciencia</b> básica de la situación	¿Sabe el paciente que está en el hospital?	Consentir tratamientos eficaces	Niños, personas con discapacidad intelectual leve o moderada, demencia moderada	Pacientes inconscientes, en coma, en estados vegetativos
	<b>Asentimiento</b> , explícito o implícito	¿Colabora el paciente con el cuidado o la intervención propuesta?	Rechazar tratamientos ineficaces		
<b>Nivel moderado de competencia</b>	<b>Comprensión</b> de su situación y del tratamiento	¿Entiende el paciente cuál es su problema? ¿Se le han explicado las distintas posibilidades, con sus pros y contras?	Consentir o rechazar tratamientos cuya eficacia es variable, o sobre los que no hay recomendaciones clínicas concretas	Adolescentes, determinados trastornos de personalidad	Personas con decisiones incoherentes, o que desconocen su situación clínica
	<b>Elección</b> basada en expectativas médicas	¿La decisión del paciente es razonable según criterios clínicos?			
<b>Elevado nivel de competencia</b>	<b>Reflexión y crítica</b>	¿Comprende el paciente las consecuencias de su decisión?	Consentir tratamientos ineficaces	Personas reflexivas, con mecanismos de compensación (altruismo, anticipación o sublimación)	Personas indecisas, cambiantes, ambivalentes
	<b>Coherencia</b> con sus creencias y valores	¿Presenta el paciente una decisión firme, mantenida en el tiempo?	Rechazar tratamientos eficaces		
		¿La decisión del paciente es congruente con decisiones pasadas? ¿Expresó el paciente preferencias similares en el pasado?			

Fuente: Traducida al español y adaptada de Inouye<sup>24</sup>. Con permiso del propietario del *copyright* (John Wiley and Sons, Co.).

Fundación Ford, junto a Daniel Callahan estudió el aborto y los métodos de control de natalidad en diferentes culturas. Tras ello, Callahan fundó el Hastings Center (el primer centro de bioética del mundo) y Drane se trasladó a trabajar en la Universidad de Edinboro (Pensilvania, EE. UU.).

En 1987 Drane regresó a España para trabajar con Pedro Laín Entralgo en los aspectos éticos de la relación clínica y desarrolló una teoría de la relación clínica más humana, en contraste con la «relación mercantilizada» vigente (según Drane) en EE. UU. Influído por Laín, trasladó la relevancia de la dimensión personal y relacional a la mentalidad norteamericana<sup>9</sup>. Fruto de esta colaboración publicó en 1988 su obra más conocida, *Becoming a good doctor: The place of virtue and character in medical ethics*<sup>10</sup>.

Durante su estancia en Madrid coincidió con algunos de los primeros bioeticistas españoles, entre ellos Javier Gafo y Diego Gracia. Drane les sirvió de nexo con la bioética estadounidense. El giro de Diego Gracia desde la antropología médica de Laín hasta la bioética fue facilitado en parte por Drane y la relación entre ambos tuvo una inmensa repercusión en la bioética latinoamericana<sup>11</sup>. A finales de los años 80, Drane trabajó en el departamento legal de la Oficina Panamericana de Salud, para desarrollar la bioética como disciplina fuera de Estados Unidos<sup>12</sup>. En 1992 la Universidad de Edinboro creó el James F. Drane Bioethics Institute, una plataforma para programas docentes y de investigación sobre la bioética en Latinoamérica.

## Abordando a don A.: ¿es competente para tomar esa decisión?

Cuando la «National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research» publicó el *Informe Belmont* en 1979, James Drane ya había trabajado durante casi una década en las intersecciones entre religión, ciencia y medicina<sup>13-15</sup>. El *Informe Belmont*, con sus principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia, provocó una revolución copernicana en el discurso bioético<sup>16</sup>. Sin embargo, la articulación práctica de estos principios, por ejemplo en el consentimiento informado, no estaba clara.

En el proceso de consentir, una precondition necesaria es determinar si el individuo entiende las opciones en juego y sus consecuencias, para que pueda decidir de manera libre y voluntaria. Esta aptitud se ha definido como *competencia* o *capacidad de hecho* (*decision-making capacity*), a diferencia del término jurídico *capacidad de obrar* (*competency*). La *competencia* (*decision-making capacity*) es la aptitud psicológica de un paciente para ejercer su autonomía personal y tomar sus propias decisiones sanitarias<sup>17</sup>. Se valora respecto a una decisión concreta y en la situación específica en la que se encuentra el enfermo. Sin embargo, la *capacidad de obrar* (*competency*) establece un estatus jurídico: si una persona está incapacitada legalmente para decidir sobre su salud, decide por ella su tutor legal.

El objetivo del proceso del consentimiento es preservar la autonomía del paciente competente (y capaz legalmente) y proteger, de manera *beneficente*, los intereses del incompetente. Por ello, tras el *Informe Belmont* se buscaron argumentos para aclarar qué pacientes eran competentes<sup>18-21</sup>. La propuesta de Drane fue revolucionaria, al vincular por primera vez la valoración de la competencia con la relevancia de la decisión<sup>22,23</sup>. A diferencia de la valoración psiquiátrica clásica, que determinaba la competencia a través de un test de manera dicotómica (competente/incompetente) y estática (con independencia de la decisión en juego), Drane estableció una escala «móvil» con 3 estándares distintos y 3 niveles crecientes de competencia, cuya aplicación dependía de la gravedad de la situación clínica. A modo de resumen, cuanto mayor era el riesgo asociado a la decisión, más clara debía ser la demostración de que el paciente había reflexionado críticamente sobre su situación y, por tanto, el estándar de valoración de la competencia debía ser más estricto (*the greater the risk, the stricter the standard*)<sup>24</sup>. La *tabla 1* muestra un esquema de niveles de competencia y los criterios que considerar en cada caso. Se trataba de una valoración dinámica con base en la decisión que hay que tomar.

Volviendo al caso, la primera pregunta que debe hacerse el residente es si su paciente es competente para tomar la decisión. El drenaje hepático percutáneo es un procedimiento indicado, cuyo balance riesgo/beneficio parece favorable. Con su decisión, don A. puede comprometer su integridad física. Antes de dar por válida su respuesta, el residente debe estar seguro de que don A. ha entendido cuál es el problema, en qué consiste el procedimiento y cuáles son sus potenciales consecuencias —tanto las de llevar a cabo el drenaje, como las de no hacerlo—. Un requisito imprescindible, por tanto, para la valoración de la

competencia de un paciente es que la información proporcionada sea completa y apropiada.

El hecho de haber presentado episodios de delirio durante el ingreso hace sospechar que su capacidad de razonamiento pueda estar afectada por el proceso séptico y la hospitalización<sup>24</sup>. Sin embargo, la presencia de deterioro cognitivo o delirio no son sinónimos de incompetencia<sup>25</sup>. El delirio es una situación fluctuante y potencialmente tratable. Por ello, si fuera evidente que don A. sufre un cuadro confusional agudo, es imperativo iniciar un tratamiento que restablezca cuanto antes su situación cognitiva y, en consecuencia, su competencia.

Al reevaluar a don A., el residente encuentra signos evidentes de delirio y determina que el paciente «en ese momento» no es competente para rechazar el drenaje percutáneo. Sin embargo, le asalta otra duda: si don A. no es competente para decidir sobre el drenaje, ¿por qué se dio por buena su respuesta al realizar la TC de ingreso? ¿No hubiera sido también incompetente para tomar esta decisión?

Como reconoció el propio Drane con ironía, «mientras el paciente no haga o diga nada raro, y acepte el tratamiento recomendado, generalmente no surgen dudas sobre su competencia»<sup>24</sup>. Este «doble rasero» es justificable dentro de la propuesta de Drane. El uso de una TC en urgencias era un procedimiento eficaz, de bajo riesgo, para cuyo consentimiento bastaba el asentimiento del paciente (*tabla 1*). En cambio, la mayor complejidad de la decisión sobre el rechazo del drenaje exige unos requisitos de capacidad más estrictos, que actualmente el paciente no cumple. Un mismo paciente puede así ser competente para tomar decisiones menores (como asentir a la realización de una TC en una situación de urgencia), pero no serlo para decisiones de mayor relevancia (rechazar el drenaje percutáneo de un absceso cuya resolución con tratamiento antibiótico aislado es poco probable).

Satisfecho con estos pensamientos, el residente vuelve a la habitación. Está dispuesto a decir al paciente que van a proceder a colocar el drenaje pese a sus reticencias. Pero antes de entrar, le asalta la siguiente duda: ¿y si con mi negativa el paciente pierde su confianza en mí? ¿Se puede seguir siendo un buen médico, un médico virtuoso, tras desestimar la opinión del paciente e imponer un tratamiento? ¿Cómo se conjuga esto?

## Abordando al residente: ¿cómo conseguimos que sea un buen médico?

La contribución más sustancial de Drane a la bioética ha sido la aplicación de la ética de la virtud a la relación médico-paciente, aspecto también trabajado por autores como Pellegrino y Thomasma<sup>26,27</sup>. Para su propuesta sería capital la influencia de sus 2 maestros españoles, José Luis Aranguren y Pedro Laín Entralgo. Se recoge en *Becoming a good doctor* (1989)<sup>11</sup> y posteriormente la desarrollaría en otros textos como *Clinical Bioethics* (1994)<sup>28</sup>, *Caring to the end* (1997)<sup>29</sup> o *More humane Medicine: A liberal Catholic bioethics* (2003)<sup>30</sup>.

En *Becoming a good doctor*, Drane expone que la base de una buena práctica médica es el carácter ético del profesional, cuya función es atender de forma excelente las

necesidades y requerimientos del enfermo. Argumenta que el sistema de formación en Estados Unidos en las últimas décadas ha descuidado estimular el carácter ético propio del médico. Por ello, muchos médicos han perdido la capacidad de «ver al otro», al padecer una especie de agnosia que les impide reconocer lo esencial del ser sufriente.

El cientifismo ha facilitado, según advierte Drane, la reducción de la ética médica norteamericana al análisis de casos y al establecimiento de normas y reglas para su resolución, olvidando las cualidades esenciales del carácter de los profesionales en su relación con los enfermos. Poseer un carácter ético adecuado no constituye la única manera de enfrentarse a los problemas de la relación médico-paciente, pero debe ser un punto de partida imprescindible que tiene que combinarse en la toma de decisiones con el manejo de reglas, normas, principios, derechos, circunstancias y con el análisis de las consecuencias.

Para Drane la clave de la ética es ser una persona virtuosa, pero ¿qué significa esto? La virtud es una disposición interna hacia los actos apropiados, que también denomina «actos del corazón». La adquisición de virtudes se inicia identificando un ideal de vida hacia el cual dirigirnos. Para el médico, será el específico de su profesión: el compromiso de atender a la persona enferma en toda su dimensión. Tomando como referencia el ideal elegido, surgirá el carácter y, de este, las virtudes, actitudes y disposiciones. La adquisición de un carácter virtuoso es el armazón que permite desarrollar las virtudes concretas. Estas aparecen creando hábitos, repitiendo actos virtuosos. Por tanto, la virtud no consiste en adquirir virtudes por separado: surge de un carácter obtenido a partir de un ideal de vida que da unidad y coherencia al proyecto vital. La formación de este carácter virtuoso es un proceso complejo, entre otros motivos, porque existen muchas diferencias entre las personas. Pero, según Drane, la conversión incondicional hacia un ideal aporta la fuerza necesaria para adquirir virtudes mediante esfuerzos disciplinados dirigidos a tal fin.

Para el bioeticista norteamericano, el objetivo fundamental de todo profesional debería ser forjar un carácter ético integral que conjugue las virtudes cardinales —fortaleza, prudencia, templanza y justicia— con las específicas de la profesión. Según su teoría, las virtudes específicas del médico son 4: 1) la benevolencia, relacionada con el acto del diagnóstico, el establecimiento del pronóstico y el tratamiento; 2) la veracidad, puesta en práctica en el momento de la comunicación con el paciente; 3) el respeto hacia el otro, que se lleva a cabo en la toma de decisiones y, finalmente, 4) la amistad, cualidad básica que debería articular la relación médico-paciente y que se traduce en la confianza. Una concepción de la relación médico-paciente muy influida por Pedro Laín Entralgo.

El residente del caso actual, un médico comprometido, quiere tratar a don A. de forma integral, no como un problema clínico aislado. Esto supone considerar su opinión y tratarle como una persona con sensibilidad, miedos y opiniones, aunque no sea competente para tomar la decisión.

Después de hablar con sus familiares, el residente no encuentra motivos para justificar que don A. no hubiera querido realizarse el drenaje si hubiera sido competente. Tras ello conversa con don A. detenidamente, le explica la situación y lo importante que es «pincharle el hígado». Don A. se muestra accesible, pero insiste en que: «nada, nada, mejor

con los antibióticos, que ya soy muy mayor». En esta situación, el residente se pregunta qué más puede hacer por don A., o si debe ordenar el drenaje en contra de su voluntad.

Para Drane las personas buenas responden de forma apropiada ante cualquier situación que se presente y, por ello, los médicos virtuosos responderán con comportamientos apropiados de forma natural. El desarrollo de las virtudes les permite estar seguros de sí mismos y afrontar correctamente las exigencias del día a día. Cuando la virtud se ha desarrollado por completo, forma médicos con sabiduría moral práctica (prudentes), capaces de conseguir lo mejor para el paciente de forma natural, independientemente del «análisis intelectual» de los actos y de las normas.

¿Qué sucede, entonces, con los principios, los valores, las normas y los deberes? Son importantes y además están íntimamente relacionados con la teoría de la virtud. Por una parte, las virtudes facilitan descubrir las dimensiones morales de la realidad y, por tanto, descubrir al otro e incorporar valores. Por otra, las normas morales brotan de forma espontánea de la persona verdaderamente virtuosa, sin que tenga que luchar en cada caso por la aplicación de normas o principios en un cálculo continuado del balance riesgo/beneficio. En definitiva, las virtudes no constituyen la totalidad de la ética, pero son esenciales para crear conductas buenas, personas buenas y sociedades buenas.

Antes de tomar una decisión definitiva, el residente comparte sus preocupaciones con el adjunto. Tras repasar el diagnóstico y el tratamiento (virtud de la benevolencia), determinan que el paciente está estable y evoluciona favorablemente. Van juntos a hablar con él y con la familia, a explicarles la necesidad de colocar el drenaje (veracidad y respeto). Después de todo este proceso consideran que, dada su estabilidad clínica, lo mejor es retrasar la intervención 24 h para intentar mejorar el síndrome confusional e incorporar así al paciente en la toma de decisión (amistad). Si tras ello el paciente continúa sin ser competente, acuerdan que realizarán la intervención bajo sedación para proteger su salud.

Después de esta experiencia, el residente es consciente de que, además de aprender clínica, tiene que trabajar más cosas. Tiene claro su objetivo, ser un buen médico, para lo que necesitará ejemplos (de personas virtuosas) como el del adjunto. Si no olvida su objetivo, cuenta con modelos y se esfuerza, será un buen médico.

## Conclusiones: el guardián de mi paciente

James Drane ha sido fundamental para el desarrollo de la bioética en España y en Iberoamérica. Su escala de valoración de la competencia recuerda la necesidad de considerar esta en función de cada decisión concreta, teniendo en cuenta tanto la situación mental del paciente como la trascendencia de la decisión. Drane recuerda que debemos ser «guardianes de nuestros pacientes», velar por lo que quieren y por lo que es lo mejor para ellos. En el campo de la ética clínica del siglo XXI, dominado por reglas, algoritmos y guías para tomar decisiones, parece anticuado hablar de virtudes. Sin embargo, muchas de estas guías serían prescindibles si contáramos con buenos médicos; médicos virtuosos que no olvidan su objetivo principal: atender a la persona enferma en toda su dimensión.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Agradecimientos

Diego Real de Asua agradece el apoyo de los Dres. Augustine I. Choi, Michael G. Stewart y Laura L. Forese, al *fellows-hip* de Ética Clínica del Departamento de Medicina del Weill Cornell Medical College.

## Bibliografía

- Gracia D. En persona: James F. Drane. *EIDON*. 2014; 42: 66.
- Real de Asúa D, Rodríguez Del Pozo P, Fins JJ. The internist as clinical ethics consultant: An antidote to "the barbarism of specialisation" in hospital practice. *Rev Clin Esp*. 2017. S0014-2565(17)30220-5.
- Vergheze A. Culture shock – patient as icon, icon as patient. *N Engl J Med*. 2008;359:2748–51.
- Perkins HS, Geppert CM, Hazuda HP. Challenges in teaching ethics in medical schools. *Am J Med Sci*. 2000;319:273–8.
- Gabel S. Ethics and values in clinical practice: Whom do they help? *Mayo Clin Proc*. 2011;86:421–4.
- Real de Asua D, Herreros B. Por que dedicarse a la bioética? Siete razones para empezar a hacerlo. *Rev Clin Esp*. 2016;216:271–5.
- Pellegrino ED. Medical ethics in an era of bioethics: Resetting the medical profession's compass. *Theor Med Bioeth*. 2012;33:21–4.
- Priest ousted for series on birth control. Chicago, Tribune. 1967 Jul 3 [consultado 14 Jul 2017]. Disponible en: <http://archives.chicagotribune.com/1967/07/04/page/40/article/priest-ousted-for-series-on-birth-control>
- Lain-Entralgo P. La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media. Discurso en la Real Academia de la Historia; 1964 Jun 7. Madrid, España: Gráficas Uguina; 1964.
- Drane JF. Becoming a good doctor: The place of virtue and character in medical ethics. Kansas City, MO: Sheed & Ward; 1988.
- Lolas F. Rehistoriar la bioética en Latinoamérica: la contribución de James Drane. *Acta Bioethica*. 2005;11:161–7.
- Drane JF. La disciplina de la bioética en las Américas: una historia personal. En: Herreros B, Bandrés F, editores. Educar en bioética al profesional de ciencias de la salud: una perspectiva internacional. Madrid: Además Comunicación Gráfica; 2010.
- Drane JF. A new American reformation: A study of youth culture and religion. Nueva York, NY: Philosophical Library; 1973.
- Drane JF. Religion and ethics. Mahwah, NJ: Paulist Press; 1976.
- Drane JF. The possibility of God: A reconsideration of religion in a technological society. Totowa, NJ: Littlefield, Adams & Co; 1976.
- 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. 18 Abr 1979 [consultado 17 Jul 2017]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
- Simón P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:419–26.
- Roth LH, Lidz CW, Meisel A. Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *Am J Psychiatry*. 1997;134:285–9.
- Siegler M. Critical illness: The limits of autonomy. *Hastings Center Rep*. 1977;7:12–5.
- Appelbaum PS, Roth LH. Clinical issues in the assessment of competency. *Am J Psychiatry*. 1981;138:1462–7.
- The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Making Health Care Decisions. Washington, US: Government Printing Office; 1982.
- Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA*. 1984;252:925–7.
- Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Cent Rep*. 1985;15:17–21.
- Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006;354:1157–65.
- Ganzini L, Volice L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc*. 2005;6:S100–4.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. Nueva York, NY: Oxford University Press; 1993.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Nueva York, NY: Oxford University Press; 1996.
- Drane JF. Clinical bioethics: Theory and practice in medical-ethical decision making. Kansas City, MO: Sheed & Ward; 1994.
- Drane JF. Caring to the end: Policy suggestions and ethics education for hospice and home health-care agencies. Erie, PA: Lake Area Health Education Center; 1997.
- Drane JF. More humane medicine: A liberal catholic bioethics. Edinboro, PA: Edinboro University Press; 2003.