

Ética clínica: principios básicos y modelo de análisis

Documentos



Dra. Paulina Taboada R.

ÉTICA CLÍNICA: PRINCIPIOS BÁSICOS Y MODELO DE ANÁLISIS.

Dra. Paulina Taboada R.
Profesor Auxiliar
Dpto. Medicina Interna
Centro de Bioética

I. INTRODUCCIÓN.

Estoy convencida de que la actual preocupación por la ética médica responde a la realidad de una experiencia humana básica y universal y no meramente a la fuerza de una moda. Es precisamente esta experiencia o intuición ética básica la que me propongo examinar aquí. No me ocuparé, por tanto, de la ética como una teoría de la acción, sino de la ética como una manera de valorar las acciones humanas concretas. Es más, en mi desarrollo me limitaré a tocar sólo aquellos aspectos que se refieren directamente a la Ética Clínica. Me referiré, entonces, a algunas nociones básicas que pueden resultar de utilidad a aquellos que - día a día - nos vemos enfrentados a los dilemas éticos que plantea el ejercicio de la medicina contemporánea. Comenzaré mi análisis poniendo en evidencia la diferencia que existe entre la dimensión técnica y la dimensión ética de los actos médicos, para luego referirme a los criterios que solemos utilizar para juzgar la *calidad* de cada una de estas dimensiones. Esto me obligará a revisar brevemente los elementos que determinan la moralidad de los actos humanos. Sobre esta base podremos abordar el tema de la definición de *problema ético-clínico*, proponiendo un modelo de análisis y resolución de este tipo de problemas desarrollado en el Centro de Bioética de nuestra Escuela, cuya aplicación ha mostrado ser de gran utilidad en la experiencia personal acumulada hasta el momento. En este contexto será necesario hacer referencia a aquellos principios que en la actualidad se consideran básicos en Ética Clínica. Concluiré estas líneas planteando que - más que la simple referencia a ciertos principios éticos básicos - el verdadero fundamento de la Ética en general y de la Ética Clínica en particular, está dado por una concepción antropológica que se traduce en la práctica en una actitud de profundo respeto y afirmación de cada persona humana, como única respuesta adecuada a su dignidad incommensurable.

II. DIMENSIÓN TÉCNICA Y DIMENSIÓN ÉTICA DE LOS ACTOS MÉDICOS.

Lo que caracteriza las intervenciones médicas modernas y hace que la Ética Clínica haya adquirido especial relevancia en nuestros días es su gran eficacia y poder. Podríamos decir que en nuestros días la tecnología le ha puesto especial urgencia a la pregunta ética. Sin embargo, valdría la pena que nos detuviésemos a analizar con mayor profundidad esta afirmación, tan difundida hoy. Es habitual que, al oír hablar de tecnología, surja en nosotros espontáneamente la imagen de complicados aparatos. Solemos identificar la tecnología con los instrumentos. Pero si echamos una mirada a nuestra vida diaria, podremos darnos cuenta que la tecnología se ha transformado hoy en una verdadera "forma de vida". Es así como resultaría difícil concebir una jornada en la

que prescindieramos completamente del recurso a la energía eléctrica, el agua o los productos químicos que solemos utilizar para el aseo o la confección de nuestra vestimenta, por mencionar sólo algunos ejemplos. La libre disponibilidad de todas estas cosas está de tal modo incorporada a nuestra rutina diaria, que ni siquiera las consideramos como productos tecnológicos. Habitualmente no reflexionamos sobre su origen, a menos que alguna de ellas llegue a fallar, en cuyo caso - además de llevarnos un mal rato- pudiera ser que las diferentes actividades que pensábamos realizar ese día se vieran seriamente amenazadas. Estamos inmersos en un mundo que modifica nuestra vida entera de tal modo, que ya no somos conscientes de cuáles son las capacidades que la tecnología pone en nuestras manos, ni nos detenemos a pensar sobre los objetivos o fines que mueven nuestras acciones.

Este fenómeno, que afecta hoy la vida diaria de la mayoría de las personas - especialmente en las grandes ciudades- se manifiesta con mayor intensidad aún en la práctica de la Medicina contemporánea. El desarrollo tecnológico alcanzado por la Medicina moderna despliega ante el médico tal gama de posibilidades de intervención, que es fácil que éste caiga en la tentación de no detenerse a pensar si realmente *debe* realizar todo aquello que *puede* o que - en principio- *podría* realizar de acuerdo al estado actual del progreso biomédico. Y es precisamente ésta la pregunta que interesa a la ética: la pregunta por el *deber ser* de nuestros actos o, en otras palabras, la pregunta por los fines que perseguimos con nuestras acciones.

La formación profesional que recibimos durante los estudios de medicina está destinada, en general, a entregarnos los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas necesarias para la correcta aplicación de la batería tecnológica actualmente disponible. Es así como se nos capacita para evaluar la *calidad* de la dimensión técnica de la práctica médica, que viene dada esencialmente por la *eficacia* y *eficiencia* de los diversos medios que utilizamos. En este contexto cabe destacar el actual desarrollo de la Medicina Basada en Evidencias, que - aplicando reglas formales de inducción- nos ayuda a validar la real utilidad de las diferentes intervenciones médicas, tanto diagnósticas como terapéuticas. Contamos, por tanto, con ciertos criterios objetivos que nos permiten juzgar la *calidad técnica* de las diferentes intervenciones médicas actualmente disponibles y lo hacemos habitualmente en razón de su *eficacia*, dada - entre otras cosas- por la utilidad, seguridad, rapidez, facilidad de aplicación y los costos que cada una de ellas conlleva.

Sin embargo, la experiencia muestra que - por lo general - carecemos de un entrenamiento equivalente para juzgar la *calidad ética* de nuestras acciones médicas. ¿Por referencia a qué criterios podemos juzgar la calidad ética de nuestros actos? La respuesta a esta pregunta no nos resulta - en general- tan evidente. Es más, para algunos incluso la misma pregunta parece estar mal planteada, pues piensan que el ámbito de la ética pertenece - por definición - a la esfera de lo subjetivo, de modo que ni siquiera cabría preguntarse por la existencia de criterios objetivos a este nivel. Pienso, por tanto, que para abordar esta interrogante habría que comenzar por aclarar a qué nos referimos exactamente cuando decimos que nuestros actos médicos tienen una dimensión ética. En términos generales podríamos decir que, mientras que la dimensión técnica de nuestros actos se refiere- como decíamos antes - principalmente a que la obra realizada sea buena en términos de su eficacia (*bien de la obra*), la dimensión ética se refiere al *bien de la persona que obra*, es decir, a que yo - como sujeto de esa acción- me haga bueno o me perfeccione como persona (Fig.1).

Fig. 1: Diferencia entre dimensión técnica y dimensión ética:

Dimensión técnica: *calidad de la obra.*

Dimensión ética: *calidad del que obra.*

Al hacer esta distinción, no pretendo negar un dato que resulta evidente: en la práctica ambas dimensiones están indisolublemente unidas. De hecho, es indudable que una de las condiciones básicas de mi bondad como persona es, precisamente, que mis acciones estén bien hechas. Sin embargo, tampoco cabe duda de que ésta no es la única condición exigida para determinar la bondad moral de un acto. ¿Qué otros criterios solemos utilizar para evaluar la calidad ética de una acción? Pienso que un análisis fenomenológico de nuestra propia experiencia ética es capaz de poner en evidencia aquellos elementos que determinan la calidad moral de nuestros actos.

III. ELEMENTOS QUE DETERMINAN LA MORALIDAD DE UN ACTO.

Un primer dato que se nos revela al reflexionar sobre nuestra experiencia moral es la existencia una diferencia esencial entre un *acto físico* y un *acto moral*. Una intuición básica nos dice que para valorar moralmente una acción no basta con describir el acto externo (físico) realizado por una persona. Así, por ejemplo, si yo pongo en manos de otra persona una cierta cantidad de dinero un observador externo no podría pronunciarse con propiedad acerca del valor moral de mi acción. Ésta podría corresponder, p.ej., a un acto de caridad, al pago de una deuda o a un acto de soborno. Resulta claro, entonces, que para determinar el tipo (o *especie*) de acto moral al que corresponde un acto físico, necesitamos contar con alguna información adicional. Así - siguiendo con el ejemplo anterior - el observador en cuestión necesitaría saber cuál es concretamente mi intención al entregar ese dinero. Podría obtener ese dato p.ej. preguntándome: ¿qué estás haciendo?, siempre que mi respuesta no fuera simplemente “poniendo dinero en manos de esta persona.” Con una respuesta de este tipo no contestaría realmente la interrogante planteada, sino que sólo describiría mi acto físico.

Sin embargo, para valorar moralmente mi acto, tampoco sería suficiente con saber que lo que realmente estaba haciendo era un acto de caridad con una persona menesterosa, puesto que ese acto podría obedecer a motivaciones de diversa naturaleza que podrían modificar sustancialmente mi acto de caridad. Así, p.ej. la finalidad de mi acto podría ser el afán de quedar bien ante determinadas personas, el deseo de sentirme “bueno”, la búsqueda de una forma de “lavar” un dinero obtenido de mala forma o la genuina compasión ante la miseria de otro. Naturalmente, la calificación moral de mi acto varía en cada uno de estos casos. De este modo, otra pregunta que necesitamos responder para valorar moralmente un determinado acto es su “por qué”. En otras palabras, tanto el *qué* como el *por qué* de nuestros actos intervienen decisivamente en su calificación moral.

Pero tampoco estos dos elementos parecen ser suficientes, pues intuitivamente captamos que el valor moral de un acto varía también de acuerdo al modo en que éste es realizado. Es así como mi acto de caridad - aún cuando estuviera movido por una genuina compasión - podría tener un grado menor de bondad si en vez de depositar cuidadosamente el dinero en manos de la persona, se lo tirara burlescamente a la cara. Por tanto, también las circunstancias particulares que rodean mi acto son determinantes de su calidad moral.

Resumiendo podemos decir que el análisis de nuestra experiencia moral nos muestra que existen al menos tres elementos principales a considerar para determinar la moralidad de un acto. Tradicionalmente estos elementos se conocen como objeto, fin y circunstancias del acto moral. (Fig. 2)

Fig. 2: Elementos que determinan la moralidad de un acto.

1.- Objeto del acto moral.

- Respuesta a la pregunta: ¿qué estás haciendo?
- No designa el “objeto neutral” del *acto físico*, sino el contenido de la voluntad del agente.
- Corresponde a la *intencionalidad del acto*.
- Tradicionalmente denominado “fin próximo del acto” o *finis proximus operis*.

2.- Fin del acto moral.

- Respuesta a la pregunta: “¿para qué o por qué lo haces?”
- Designa aquello en vista de lo cual el acto es realizado.
- Corresponde a la *intención del agente*.
- Tradicionalmente denominado “fin del que obra” o *finis operandi*.

3.- Circunstancias.

- Designa las determinaciones concretas de una acción:
 - tiempo
 - lugar
 - modo

IV. DEFINICIÓN DE PROBLEMA ÉTICO-CLÍNICO Y MODELO DE ANÁLISIS.

La complejidad de la medicina moderna hace que la toma de decisiones clínicas no siempre sea fácil. Es así como - además de las dudas netamente técnicas - en ocasiones pueden surgir dudas éticas, como, por ejemplo, cuando no queda claro si las cargas (físicas, psicológicas, espirituales y/o económicas) impuestas por determinado tratamiento son o no proporcionadas a los resultados esperados, cuando se plantean conflictos de valores, cuando el paciente no tiene la capacidad de participar en la toma de decisiones o se tienen dudas de ello, etc. Podemos hablar en estos casos de verdaderos *problemas éticos* que nos plantea el ejercicio de la medicina contemporánea y que son distintos a los problemas netamente técnicos que también nos plantea.

En un trabajo publicado hace ya varios años en el *Archives of Internal Medicine* (1981; 141: 1063 -1064), Bernard Lo define operacionalmente un problema ético-clínico como una “dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o

principios que especifiquen lo que *debe ser hecho* en oposición a lo que simplemente *puede ser hecho* o frecuentemente se hace.” A pesar de sus limitaciones, esta clásica definición de Lo tiene el mérito de explicitar que un médico se ve enfrentado a un problema de naturaleza ética cada vez que en su práctica clínica se le plantea la pregunta por el *deber ser* de sus actos, en oposición al simple *poder hacer*.

Otro aporte de esta definición es la mención de la clave que nos revela la salida de estas situaciones de conflicto: la referencia a valores o principios éticos. Sin embargo, es justamente esta parte de la definición la que con mayor frecuencia nos plantea dificultades a los clínicos. Se mencionan aquí valores o principios éticos...¿cuáles y cuántos son? ¿existen valores éticos que puedan ser aceptados por todos o son estos principios relativos a las distintas culturas, lugares y momentos históricos? Los *problemas ético-clínicos* de los que venimos hablando aquí ¿admiten realmente un análisis racional o caen más bien en el campo de lo emocional y netamente subjetivo? Dado que en el contexto de estas breves líneas no es posible dar una respuesta cabal a las complejas preguntas relacionadas con el carácter objetivo o relativo de la ética - y sin pretender negar la importancia y el interés que reviste el dar una respuesta satisfactoria a estas preguntas - me limitaré a proponer aquí una metodología que nos ha permitido introducir cierta racionalidad en el análisis de los problemas ético-clínicos.

La pauta que solemos utilizar en el Hospital Clínico de la Universidad Católica para el análisis y resolución de los problemas ético-clínicos consta de las siguientes 6 etapas:

- 1.- Identificación y descripción del (los) problema(s) ético-clínico(s).
- 2.- Referencia explícita a principios éticos involucrados.
- 3.- Revisión de la información clínica éticamente relevante.
- 4.- Evaluación de las alternativas de acción y sus resultados.
- 5.- Resolución del (los) problema(s).
- 6.- Implementación práctica de la solución.

Revisemos brevemente cada una de estas etapas:

1.- Identificación y descripción del problema ético-clínico.

Como en todo ámbito de la vida, la primera condición para resolver adecuadamente un problema es haberlo identificado con la suficiente claridad. En el caso que nos ocupa – el de los problemas ético-clínicos- aconsejamos formular las correspondientes preguntas de un modo operacional, que permita dar respuestas precisas. Así, por ejemplo, el planteamiento de un problema ético-clínico muy frecuente en la práctica de la Medicina Interna es el siguiente: ¿Es moralmente lícito limitar la terapia X a este paciente?

2.- Referencia explícita a los principios ético involucrados.

Se trata de identificar aquí aquellas verdades prácticas comunes, reconocidas por los distintos códigos de ética médica, que están en juego o que han entrado en conflicto, generando una dificultad en la toma de decisiones médicas.

Ej.: - Respeto incondicionado a la vida humana.

- Principio de no-maleficencia y de beneficencia.
- Confidencialidad.
- Principio de autonomía.
- Derecho y deber de informar.

3.- Recopilación de la información clínica éticamente relevante.

Aunque el razonamiento ético es, por su misma naturaleza, distinto del que utilizan las ciencias empíricas - de modo que no es posible derivar el *deber ser* (ético) de una simple probabilidad estadística (“*p*”) - todo análisis de un problema ético-clínico que aspire a ser realista, ha de estar fundado en datos clínicos objetivos. En este contexto, la aplicación de las reglas formales de inferencia propuestas por la Medicina Basada en Evidencias puede resultar de mucha utilidad, preparando el terreno para una “ética basada en evidencias”. En este sentido interesan particularmente:

- la certeza del diagnóstico
- el pronóstico de sobrevida
- la determinación de la competencia del paciente
- la consideración de los aspectos económicos y sociales relevantes (red de apoyo social).

4.- Evaluación de las alternativas de acción, con su correspondiente

- Morbilidad.
- Mortalidad.
- Costos económicos.

5.- Resolución del problema.

La adecuada formulación del problema ético-clínico realizada en la primera etapa del análisis constituye la base para la efectiva resolución del dilema planteado. En esta etapa es importante determinar quién es la persona que debe decidir, así como cuáles son los aspectos de la decisión que caen directamente bajo la responsabilidad médica. Aquí influye, sin duda, la capacidad que tengan el paciente y/o sus familiares para participar activamente en el proceso de toma de decisiones (determinación de *competencia*).

6.- Implementación práctica de la solución propuesta:

Dado que las circunstancias representan uno de los elementos que determinan la moralidad de nuestros actos - como ya vimos - es importante buscar también el mejor modo de poner en práctica la solución propuesta al problema, prestando atención al:

- cuándo
- cómo
- quién

Fig. 3: Etapas del análisis ético-clínico.

1.- Identificación y descripción del (los) problemas ético-clínico(s).

- Operacional.
- Nociones básicas de Ética Clínica involucradas (ej. enfermo terminal, competencia, etc.)
- Identificación de objeto, fin y circunstancias del (los) acto (s).

2.- Referencia a Principios de Ética Clínica involucrados.

- Principio de No-maleficencia.
- Principio de Beneficencia
- Principio de Autonomía.
- Principio de Justicia.

3.- Análisis de la información clínica éticamente relevante.

- Certeza del (los) diagnóstico(s).
- Pronóstico de supervivencia.
- Competencia del paciente.
- Red de apoyo social.

4.- Evaluación de alternativas de acción y sus resultados.

- Beneficios y riesgos de las alternativas:
- Morbilidad.
- Mortalidad.
- Costos: físicos, psicológicos, económicos.

5.- Resolución del problema.

- ¿Quién debe decidir?
- ¿Qué aspecto de la decisión cae directamente bajo la responsabilidad médica?
- Competencia o capacidad del paciente y/o sus familiares para participar activamente en el proceso de toma de decisiones.

6.- Implementación práctica de la solución.

- ¿Quién?
- ¿Cuándo?
- ¿Cómo?

V. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ÉTICA CLÍNICA.

Con expresiones y fórmulas diversas, la comunidad médica ha sentido la necesidad de hacer explícitos algunos principios o valores éticos fundamentales que orientan el ejercicio de la profesión. Tenemos así, por ejemplo, el Juramento Hipocrático, el Código Internacional de Ética Médica y numerosas Declaraciones promulgadas por organismos internacionales. Cuando en la segunda etapa del modelo de análisis propuesto sugerimos explicitar los principios éticos involucrados, nos referimos concretamente a aquellos valores o principios que la profesión médica ha reconocido como válidos desde sus comienzos y que - contrariamente a lo que se pudiera pensar- se han mantenido relativamente estables a lo largo de la historia de la Medicina.

Siguiendo fundamentalmente los postulados éticos de W.D. Ross, quien plantea la existencia de una pluralidad de normas éticas que reclaman nuestro asentimiento y que son aceptadas por la

razón sin mayor necesidad de fundamentación pues resultan evidentes a primera vista (los llamados deberes *prima facie*), se ha desarrollado - principalmente en los EEUU- una corriente ético-clínica que propone agrupar los valores morales contenidos en los distintos códigos y declaraciones de ética médica en los siguientes cuatro principios básicos:

1.- Principio de no-maleficencia.

El Principio de no-maleficencia corresponde al primero y más fundamental de los deberes del médico expresado en el clásico: *primum non nocere* (“lo primero, no dañar”).

2.- Principio de Beneficencia.

El Juramento Hipocrático expresa el Principio de beneficencia de la siguiente forma: “*llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos*” (Juramento Hipocrático, s. V a.C.).

3.- Principio de autonomía.

Este principio afirma el derecho del paciente competente e informado a participar activamente en la toma de decisiones médicas (incluyendo el rechazo a ciertas medidas médicas). Este principio no está contenido en el Juramento Hipocrático. Su incorporación a los códigos de ética médica fue bastante más tardía, reflejando profundos cambios sociales y culturales experimentados en los últimos siglos.

4.- Principio de justicia.

Sostiene que el médico tiene responsabilidad en la asignación de recursos de salud, no sólo frente al paciente individual, sino también frente a la población en general o a un grupo de pacientes.

A pesar de reconocer algunos méritos a un enfoque *principialista* de la ética clínica como el que proponen actualmente numerosos grupos de Bioética de los EEUU, me parece que éste no es capaz de dar una respuesta satisfactoria en aquellas situaciones difíciles, en las que estos principios entran en conflicto. Así, por ejemplo, en casos en que el respeto a la autonomía del paciente nos obligara a omitir acciones que vienen exigidas por el principio de beneficencia, el enfoque *principialista* no nos ofrece los fundamentos para establecer una jerarquía de principios, obligándonos a optar por aquella que mejor nos parezca. En mi opinión, el verdadero fundamento de la ética en general y de la ética clínica en particular, está dado por una concepción antropológica, que reconoce y afirma la dignidad inconmensurable de cada persona humana.

VI. LA DIGNIDAD DE LA PERSONA COMO FUNDAMENTO DE LA ÉTICA.

En nuestro contacto con las personas captamos intuitivamente en ellas un valor especial, que denominamos dignidad. Una persona no es un ente como cualquier otro. No es un objeto *neutro*, cuyo contacto nos deje, por así decirlo, indiferentes. Parece existir en nosotros una intuición básica que nos lleva a captar que la persona está revestida de un cierto *valor*; un algo que la saca de la neutralidad elevándola a una categoría de importancia. Sin necesidad de un complejo razonamiento deductivo captamos en la persona - de un modo que podríamos catalogar de “directo” - algo así como un bien objetivo, una cierta preciosidad intrínseca, una importancia positiva o sencillamente un *valor*. Es precisamente ese *valor* exclusivo de la persona lo que denominamos *dignidad*. El uso habitual del lenguaje parece reservar la palabra dignidad para referirse exclusivamente a ese *valor inconmensurable* que poseen las personas. No utilizamos este concepto para referirnos al valor que puedan tener otros entes no-personales, como -por ejemplo- los animales o los objetos inertes.

Tradicionalmente *persona* se ha entendido como un *nomen dignitatis*, es decir, como un nombre con un contenido axiológico o valórico. Si volvemos al análisis de nuestra experiencia, vemos que junto con captar ese valor inconmensurable, propio de las personas, captamos que éste exige de nosotros una respuesta adecuada. Podríamos hablar de una co-intuición, por la que nos es dado simultáneamente reconocer un valor singular y la necesidad de corresponder a ese valor con nuestras actitudes y conductas concretas. Podríamos llamar a este fenómeno “intuición moral fundamental”, intuición que - por lo demás - parece ser común a todos los hombres independientemente de sus culturas. Algo nos dice que las personas merecen ser tratadas con respeto. Corresponde a Kant el mérito de haber visto con extraordinaria claridad este hecho. Una de las formulaciones de su imperativo categórico nos recuerda que la persona nunca debe ser utilizada como un simple medio, sino siempre como un fin en sí misma.

Es llamativo, que en nuestros días, el *redescubrimiento* de la persona y de su dignidad se esté abriendo un camino propio en la reflexión ética. Lo que podría parecer más sorprendente, es que la actual proclamación del personalismo sea un componente esencial del programa ético de corrientes filosóficas de orientación muy diversa - como p.ej. el Neo-Tomismo, el Existencialismo, la Fenomenología o el Neo-Marxismo - e incluso de posturas religiosas radicalmente diferentes, como el Cristianismo y el humanismo ateo. La afirmación del valor de la persona en cuanto tal no parece ser hoy - por tanto - un tema sujeto a debate, sino más bien un dato que aceptamos como evidente por sí mismo. Y evidente no en virtud de la aceptación de unos presupuestos filosóficos particulares, sino en virtud de una experiencia moral básica, que parece ser común a todos los hombres.

Cada persona se encuentra a sí misma y se realiza como persona en la medida en que descubre - y responde - a estos llamados interiores concretos que supone afirmar a otra persona y su dignidad. Existe, por tanto, una convergencia entre la responsabilidad hacia otros y la responsabilidad para con nosotros mismos. El núcleo central del razonamiento ético deriva, entonces, del hecho de que es la persona real y concreta, en virtud de su dignidad y estructura óntica, la que define el ámbito del deber moral para las otras personas. En otras palabras, no es ni el deber por el deber, ni la ley por la ley, ni la utilidad por la utilidad, etc. - como han afirmado las corrientes éticas modernas más relevantes - lo que define el contenido de la obligación moral, sino que éste viene dado básicamente por el respeto a la persona y su dignidad. De este modo, podemos decir que la norma moral más básica y fundamental, que nos dice que debemos hacer el bien y evitar el mal, se concreta en la práctica en la máxima: “la persona ha de ser afirmada por sí misma y por su dignidad”.

El reconocimiento de la dignidad de la persona debe expresarse en actos de afirmación de la persona misma, sujeto de esa dignidad. Y la única respuesta adecuada - podríamos decir también la única respuesta “proporcionada” - a la persona es el *amor*. Por tanto, una formulación más precisa de la norma moral fundamental anteriormente mencionada sería: “la persona ha de ser amada por sí misma y por su dignidad”. Verdaderamente, esta norma resume y contiene en sí todos nuestros deberes morales.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Beauchamp, T. & Childress, J. *Principles of Biomedical Ethics*. (Fourth Edition). Oxford University Press. New York, 1994.
- 2.- Fletcher J.C. et al. *Introduction to Clinical Ethics*. University Publishing Group. Maryland, 1995
- 3.- Lavados, M. & Serani, A. *Etica Clínica. Fundamentos y aplicaciones*. Ediciones Universidad Católica. Santiago, 1993
- 4.- Levi, B.H. *Four Approaches to Doing Ethics*. The Journal of Medicine and Philosophy 1996, 21,1: 7-39.
- 5.- Lo, B. & Schroeder, S. *Frecuency of Ethical Dilemas in a Medical Inpatient Service*. Arch Intern Med 1981; 141: 1063 -1064.
- 6.- Pellegrino, E.D.:
 - *For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press, New York, 1988.
 - The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30-Year Retrospective. JAMA 1993; 269: 9, 1158 - 1162.