

## Una propuesta de abordaje bioético para la toma de decisiones médicas

Sergio Ramos Pozón

Doctor en Filosofía.

Universidad de Barcelona. Facultad de Filosofía

### 1.- El cuidado como virtud y como compromiso moral

Los pacientes ingresados en los hospitales suelen estar en situación de vulnerabilidad y dependencia debido a su situación clínica. Muchas veces no basta con suministrarle el tratamiento farmacológico, sino que también es importante comprender el porqué del sufrimiento, es decir, no basta con *curar* sino que es preciso *cuidar* a los pacientes.

El *cuidado* suele ser enmarcado como una actividad, tarea profesional, actitud y/o como compromiso moral (Feito L., 2005). Consideramos que es posible una diferenciación del cuidado en dos ámbitos, uno práctico y otro teórico, aunque relacionados entre sí. En el ámbito práctico el cuidado se refiere a cómo realizar una determinada actividad profesional. El cuidado, por tanto, se relaciona con las *virtudes* que ha de tener el equipo médico para establecer una buena relación terapéutica. En el aspecto teórico el cuidado es un *compromiso moral* que establece la obligación moral de *cuidar* siguiendo a *nuestro deber*.

### 1.2.- El cuidado como virtud: análisis de la praxis médica

Cuando los pacientes están ingresados en centros de salud, el equipo de enfermería es el que más tiempo está con ellos, de modo que es éste el que ha de *cuidar*. En esa actividad no sólo se da una relación técnica (curas básicas, administración farmacológica...), sino que también se da (o se debería dar) un “trato humano”, el cual ha de venir de la mano del cuidado. Así, si queremos realizar esta actividad éticamente necesitamos unas características esenciales: unas *virtudes*. Ciertamente, en la literatura referente a las virtudes no hay un consenso sobre cuáles son las estrictamente necesarias ni cuántas son precisas. Ahora bien, es posible caracterizarlas con una serie de características comunes a todas: 1) se definen como un atributo o características individual (el deseo, intento o inclinación de realizar el bien); 2) son características individuales que reflejan la bondad de la naturaleza del agente; y 3) se trata de habilidades que satisfacen obligaciones morales respecto a un rol que ha sido definido colectivamente por aquellos que lo asumen. Ahora bien, han de concebirse como un *continuo* y no como perspectivas distintas (Brody J., 1988:89-90).

Para Pellegrino E. (1995:268) la virtud es un rasgo del carácter que dispone de manera habitual a su poseedor a lograr la excelencia en el intento y aplicación por alcanzar el *telos* específico de la actividad humana. Aunque compartimos esta definición; consideramos que es necesario concretar unos aspectos para dar un mayor rigor conceptual: 1) estos rasgos tienen una connotación ética, es decir, se trata de compromisos éticos y no sólo legales, profesionales... 2) las obligaciones externas (leyes, códigos éticos profesionales, etc.) requieren de un análisis, interpretación y aplicación por parte de la persona, de modo que es preciso que dichos rasgos otorguen una disposición para pensar, actuar y sentir de una cierta manera (ética); 3) precisan un aprendizaje y una aplicación repetida y constante en el

quehacer diario para interiorizarlas (Armstrong A., 2006 y 2007); 4) han de considerarse como la condición trascendental de la excelencia profesional, esto es, son necesarias para realizar la tarea profesional de manera éticamente correcta; y 5) las virtudes señalan la excelencia profesional, pero requieren unos principios y valores éticos. Las virtudes muestran *cómo* hacer, los principios y valores *por qué*.

Cuando los profesionales *cuidan* a sus pacientes lo hacen motivados por el sentimiento de compasión y benevolencia que despierta la fragilidad y vulnerabilidad del paciente, de modo que aflora una empatía por su situación clínica. Y es que la empatía resulta ser un valor troncal en la práctica médica (Borrell F., 2011). Además, hay un respeto por la persona, ya no sólo por su estado físico-psíquico sino porque se le considera “persona” y no únicamente “paciente”. Cuando el profesional cuida no lo hace de manera totalmente volcada hacia los pacientes, sino que tiene en cuenta el contexto, es decir, no se trata de un cuidado *ciego* en el sentido de que la única finalidad es cuidar al paciente, sino que valora los recursos técnicos disponibles (camas libres, tecnología, etc.) y analiza si hay otros pacientes que requieren cuidados (distribución del tiempo). Y esta tarea la realiza utilizando la prudencia, la deliberación de todas las opciones viables, ponderando pros y contras. Por tanto, en el cuidado se dan la gran mayoría de las virtudes. Esto no significa que sea más importante que las otras virtudes, pues cada una se valora en relación al contexto específico en el cual se realice.

### 1.3.- El cuidado como compromiso moral: análisis teórico

Siguiendo con la terminología kantiana es posible realizar la actividad médica *por deber* o *conforme al deber*. Si actuamos *conforme al deber* (ejercicio meramente profesional) no hay entonces cuidado, no hay un sentimiento de respeto, sino tan sólo una tarea en la que el paciente recibe las curas. Por tanto, en el cuidado *conforme al deber* no hay razones éticas que empujen hacia su realización, es simplemente la aplicación técnica de unos conocimientos a la situación clínica. Ahora bien, si actuamos *por deber* se establece una obligación moral de *cuidar* al apreciar en la persona una fragilidad y vulnerabilidad que despierta en nosotros unos sentimientos de respeto y un deber de actuar. Se da una obligación moral, un imperativo que obliga a cuidar. En el *cuidado* intervienen las buenas prácticas médicas, pero también el compromiso moral. En el *curar* el fin último es la erradicación de la patología; en el *cuidado* el fin es la persona.

Si *sólo curamos* tratamos al paciente como objeto, un medio para conseguir una finalidad (restablecimiento de la salud) por lo que no tiene por qué entrar en la deliberación, sólo ha de esperar a que el profesional ejerza su trabajo. No obstante, si además de *curar* también *cuidamos*, le tratamos como fin en sí. Le introducimos en la toma de decisiones, le preguntamos cómo quiere ser cuidado, qué valores (miedos, sentimientos...) tiene, etc. Ahora bien, es posible que no quiera ser *curado* pero sí *cuidado*, como puede ser el caso de una persona en los momentos finales de su vida. Si respetamos su decisión y le *cuidamos* pero no le *curamos*, seguimos tratándole como un fin en sí, pues no estamos imponiendo ningún tipo de tratamiento en contra de su voluntad (dignidad-autonomía). En definitiva, tanto si le *cuidamos* como si aceptamos su rechazo a ser *curado* la tratamos con dignidad. La dignidad es un valor intrínseco en todos los seres humanos, por lo que no hay que instrumentalizar a las personas para conseguir objetivos y/o finalidades. Y esta forma de concebir al ser humano nos obliga incondicionalmente a actuar motivados por un principio objetivo. «Obra de tal modo

que te relaciones con la humanidad, tanto en tu persona como en la del cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio» (Kant, I., 2001:104).

En el cuidar se establecen vínculos que obligan a actuar en aras de la persona que sufre. Por tanto, siguiendo a Cortina A. (2007a:125-126), hay un vínculo que nos une y que es el del reconocimiento de la dignidad, pero de la constatación de nuestra vulnerabilidad. Con ello, podemos establecer relaciones entre Kant y la ética del cuidado (Paley J., 2002; Schott R., 1997). Ahora bien, si estuviésemos siguiendo un paradigma estrictamente kantiano no habría cabida a los sentimientos, pues deberíamos de basarnos *sólo* en la *razón pura*. Pero esa obligación moral necesita unos sentimientos para comprender que la otra persona necesita de nuestros cuidados, pero éstos han de ser un normativos y universales para poder ser acorde con la exigencia kantiana.

Hume D. (2006) sostiene que hay una *naturaleza humana* que sirve de fundamento para la moralidad y que no se basa en la razón, sino en los *sentimientos*. La esencia de la moralidad se constituye en lo útil y lo agradable. La utilidad para Hume es algo más que un criterio estrictamente utilitarista. La manera de pasar de la moralidad subjetiva a la objetiva es aceptar que las acciones deben suponer un beneficio, una *utilidad* para la colectividad, es decir, la sociedad. Tanto la utilidad como el sentimiento de lo agradable tienen su fundamento en la *raíz benevolente*.

«No hay cualidades que merezcan más la simpatía y aprobación del género humano que la beneficencia y el humanitarismo, la amistad y la gratitud, el afecto natural y el espíritu cívico, o cualquier otra virtud que proceda de una tierna inclinación hacia los demás, y de una generosa preocupación por los de nuestra especie» (Hume D., 2006:44).

La sensación de agrado y/o de utilidad produce sentimientos de aprobación moral. ¿Cómo pueden producir placer, agradar o ser útiles a otras personas? La simpatía es el origen del aprecio que se experimenta hacia toda cualidad virtuosa, sea natural o artificial. El papel de la simpatía consiste en reproducir en nosotros un sentimiento, de agrado o desagrado, que está presente en otra persona.

Pues bien, estos sentimientos humanitarios también son observados en los profesionales que cuidan de sus pacientes. Estos son los que corresponden con algunas virtudes establecidas en el enfoque práctico, en particular, la *benevolencia* y la *compasión*. Gracias a la simpatía vemos la fragilidad y vulnerabilidad del paciente, despertando en nosotros la compasión y la benevolencia. La *benevolencia* es la virtud que inclina a desear el bien del paciente y suele estar asociada con la beneficencia<sup>1</sup>, que obliga moralmente a buscar el bien. La *compasión*, por su parte, posibilita una sintonía con la persona al sentir que ésta requiere de nuestra atención. Con ello, apreciamos que la compasión comporta simpatía y consideración.

<sup>1</sup> Brody J. (1988:91) sostiene que la virtud del cuidado se apoya y se fundamenta en el principio de beneficencia, aunque no desarrolla esta idea. Si esto significa que *uno de los fundamentos* es la beneficencia, estamos de acuerdo. Si, por el contrario, supone que *es el único fundamento*, discrepamos notablemente. El cuidado se ha de basar en varios principios, uno de los cuales es éste. En efecto, en el cuidado interviene el paciente, pues introducimos sus valores y su opinión. Contar con él, *en serio*, conlleva la no imposición de ninguna decisión que no quiera. Por tanto, sostener que la beneficencia es *el único* fundamento supone apoyar un paternalismo al buscar *sólo* su mayor beneficio sin tener en consideración la autonomía.

Y esta manera de *compadecerte*, de buscar el bien, de tener un espíritu cívico para con las personas, etc., muestra un vínculo lógico-discursivo (Cortina A., 2007a y 2007b), una obligación moral que señala a una *razón cordial*, la cual también supone unos sentimientos. En este sentido se produce un diálogo en el que se introducen los valores del equipo de profesionales y los del paciente. Además, hay un reconocimiento recíproco en el que los interlocutores son dignos de respeto y que no tienen que ser instrumentalizados. Y en dicho diálogo intervienen algunas de las virtudes halladas en el enfoque práctico como la *justicia* (en este caso, justicia dialógica) y la *prudencia*. La *justicia dialógica* establecerá que es necesario contar con el consentimiento de los afectados, lo más próximo a la simetría, para alcanzar un consenso mediante un diálogo. Y en dicho proceso se requiere la *prudencia* y *deliberación* para poder considerar los pros y contras de todas las alternativas posibles.

En conclusión, es posible enfocar el *cuidado* desde dos perspectivas: una práctica y otra teórica. En la primera definimos el *cuidado* como una virtud necesaria para la praxis médica. En la segunda, como una obligación moral, un componente normativo, que obliga a los profesionales a cuidar de los pacientes. Pero *el cuidado* por sí sólo es insuficiente para abordar el fenómeno moral en su totalidad. Por ese motivo, abogamos por la necesidad de proporcionar unos principios éticos que hagan de suplemento.

## 2.- Principios éticos

En bioética, la reflexión crítico-racional sobre la moral es necesaria para tomar decisiones y ha de hacerse apelando a unos principios éticos y/o teorías éticas para dar consistencia a los argumentos. En este apartado, fundamentamos nuestra propuesta con unos principios éticos: *dignidad, justicia, autonomía, no-maleficencia* y *beneficencia*. A su vez, realizamos una jerarquización de éstos y, reconociendo que no resulta una tarea fácil, aportamos un soporte metodológico como es la *especificación, la ponderación, el equilibrio reflexivo* y *la moral común*.

106

ENERO  
2015

### 2.1.- ¿Qué principios éticos se requieren en la toma de decisiones?

En bioética se toman decisiones que afectan, en diverso grado, a varios implicados: equipo sanitario, paciente, familia... siendo necesario conocer qué opinan ellos sobre el problema. No se trata de que los profesionales escojan qué hacer sin contar con el paciente o familia, ni tampoco dejar libremente que el paciente decida. Hemos de conjugar una relación asistencial paternalista con una basada en la autonomía del paciente. Su elección va a estar determinada por la circunstancia concreta. El ideal es una relación asistencial que se oriente hacia las decisiones compartidas, de consensos dialogados, que cuentan con el consentimiento de todos los afectados. Los profesionales proponen líneas terapéuticas y guían al paciente en la toma de decisiones (¿qué y cómo hacer?). Los pacientes y sus familias dan su punto de vista (¿por qué o por qué no hacer?). Todas las opiniones son importantes, todas han de tener las mismas condiciones de participación. Así, se ha de dialogar para llegar a consensos sobre qué y cómo afrontar las situaciones. Por tanto, el proceder de la bioética es *dialógico*, marca cómo ha de realizarse la toma de decisiones.

El deseo por conocer la opinión de los pacientes y sus familias significa introducir en el debate bioético el principio de *autonomía*. En bioética, este principio está ligado a la capacidad de las personas para autodeterminarse sin condicionamientos, ni externos ni

internos. Ahora bien, las decisiones *autónomas* no siempre suelen ser aceptadas por todos, pues están fundamentadas en valores, creencias... que aluden a un proyecto de vida determinado. Sin embargo, estas decisiones no siempre respetan unos *mínimos cívicos* (libertad de expresión, derecho a ser tratado dignamente, a no dañar ni ser dañado...), necesarios para una convivencia pacífica entre ciudadanos con diversas morales, pues sólo se ciñe a decisiones particulares y subjetivas.

En efecto, las personas tienen derecho a que se respete su decisión ante un tratamiento médico, pero no por ello cualquier decisión ha de ser aceptada, pues puede que sea contraindicada o que no sea competente para decidir por sí mismo. Por eso, la autonomía no tiene que entenderse sólo como *preferencia*, pues *también* conlleva connotaciones normativas y racionales, lo que nos obliga a recuperar la normatividad kantiana de proyectos de vida tales que cualquier persona *podría* llegar a querer sin contradicción. Así, separamos la mera preferencia subjetiva, más propia del utilitarismo, de la elección autónoma responsable, de modo que “obligamos” a las primeras a ceñirse a la autonomía normativa. La primera sólo tiene en cuenta la autonomía liberal (¿qué prefiero yo?), la segunda valora, además, una ética de mínimos (¿qué prefiero yo y podría querer al mismo tiempo cualquier persona?). Por tanto, la autonomía tiene un aspecto de *preferencias* y otro *normativo y racional*, de lo contrario podría confundirse respetar la autonomía con acatar la arbitrariedad personal (Román B., 2011).

Ese aspecto normativo señala la necesaria obligatoriedad moral hacia personas que, por diversos motivos (enfermedad, bajo nivel cognitivo, etc.), no son suficientemente autónomas o incluso son incompetentes para tomar decisiones sobre sí mismas<sup>2</sup>. En algunos casos es preciso ayudar a decidir y en otros hay que representarlos. Por ello, se requiere una pedagogía en la toma de decisiones para posibilitar que sea la persona la que elija autónomamente y esta pedagogía ha de estar orientada a educar tanto a profesionales como a pacientes. Por un lado a los profesionales, para que cultiven una relación asistencial basada en el diálogo. Por otro, para introducir progresivamente a los pacientes en la toma de decisiones, para que logren más autonomía con la que poder decidir sobre una línea terapéutica u otra, para que expresen sus preocupaciones, verbalicen sus inquietudes, expectativas y creencias sobre el proceso de enfermar, e incluso para que aporten más información sobre sí mismos, información que puede ser relevante para un mejor proceso terapéutico (Borrell F., 2002) y para que, en definitiva, sean los propios ciudadanos los que puedan discutir, en igualdad de condiciones, sobre los dilemas morales que se dan en la práctica clínica. Esta pedagogía se inscribe en relación asistencial basada en la toma de decisiones compartidas entre los profesionales y el paciente para llegar a decisiones prudentes y correctas sobre tratamientos médicos.

En estas decisiones prudentes se busca el mayor beneficio y la evitación de daños hacia el paciente. Beauchamp T. y Childress J. (1999:246) definen el *principio de beneficencia* como “la obligación moral de actuar en beneficio de otros”. Por otro lado, estos autores recuerdan que los sanitarios tienen la obligación de *no dañar* (física, psíquica y/o

---

<sup>2</sup> Obviamente, no hemos de olvidar que hay personas que no quieren participar en la toma de decisiones. Y es que el hecho de que se pretenda que los pacientes sean cada vez más autónomos no implica, necesariamente, que tengan que serlo. Es perfectamente lícito el respeto por esas personas que no quieran decidir. El modo por el cual esto se realice ha de realizarse mediante el análisis de los juicios por representación.

moralmente) a sus pacientes. Ambos principios tienen que ser evaluados desde la perspectiva de los profesionales, pues conocen la enfermedad y sus tratamientos, y del paciente, ya que es desde su proyecto vital que se establece si la acción es beneficiosa o perjudicial. Por lo tanto, el principio de *no-maleficencia* tiene dos vertientes, una objetiva y otra subjetiva. La que prevalezca sólo puede determinarse mediante el análisis exhaustivo de la situación particular. En unos casos podremos contar con la opinión del paciente, mientras que en otros tendremos que decidir por él.

Contar con la opinión del paciente implica conocer qué desea e indica qué hacer y qué no hacer. Se trata de tomar en consideración real la perspectiva del afectado, teniendo en cuenta su punto de vista y no juzgando por él siempre y cuando no esté totalmente justificado. No ha de entenderse *sólo* como “no intromisión corporal” (no aplicar técnicas médicas), sino que también tiene una connotación “ética”, pues supone la no intrusión en la libertad y autonomía, es decir, qué desea y por qué lo desea la persona. Con ello, este principio establece que «el reconocimiento de un derecho a un individuo está destinado a convertirlo a él en el único árbitro sobre qué curso de acción debe adoptarse en el área protegida por el derecho» (Nino C., 1989:263).

Al contar con su opinión asumimos que las personas han de ser respetadas y no tratadas como objetos, y aquí aparece el principio de dignidad. Ésta ha de respetarse en los contextos concretos, pese a que la obligatoriedad de su respeto sea universalizable. No entendemos la dignidad abstracta y desligada de las circunstancias concretas. A su vez, cabe decir que la dignidad sirve de fundamento tanto a los derechos humanos como al resto de los principios éticos. Independientemente de a qué principio ético hagamos alusión, es necesario tratar a las personas como fin en sí y no como medios. Éste es el que marca límites a la moralidad, pues obliga a respetar con independencia de qué opinión concreta tenga la persona, qué beneficio esperar, etc.

Para Serna P. (1996:305) «los derechos no derivan de la dignidad en cuanto a su contenido material, sino en cuanto a la obligatoriedad de respeto». Consideramos desacertada la propuesta de Kant I. de fundamentar la dignidad en la autonomía, ya que la dignidad es la que sirve de fundamento al resto de principios. La visión kantiana tiene dos problemas (García R., 2009:50): si la dignidad de los seres humanos se deriva sólo de su capacidad para la autonomía; y si la capacidad para la autonomía no es la misma para todos. En efecto, desde Kant no queda clara qué dignidad tienen las personas con carencia o reducción de la autonomía (discapacitados, anencefálicos, etc.), ni tampoco si en función de la graduación de la autonomía se establece una graduación en la dignidad. Ésta se ha de concebir como un todo o nada, es decir, no ha de haber graduación.

Este es un significado *ontológico* de la dignidad, pero es posible otro derivado del principio de autonomía. Cuando una persona hace uso de su decisión autónoma para dar a entender cómo quiere ser tratada, su postura está señalando a un modo de vida, una vida *digna* que desea llevar. Una cosa es su propia decisión (autonomía) y otra por qué la decide (dignidad). Y cuando no se aceptan dichas decisiones (si son autónomas, competentes...) no sólo no se respeta la autonomía, también se atenta contra la dignidad al negarle un tipo de vida que quiere llevar. Esto lo ha recogido Nino C. (1989:289)

«cuando alguien considera a unas y otras [creencias y opiniones] como objeto de tratamiento y no las pone en el mismo nivel que sus propias creencias y decisiones, tales como las que le llevan a adoptar esa actitud hacia nosotros, sentimos que no nos trata como a un igual al negarnos el *status* moral que nos distingue a él y a nosotros de las restantes cosas que pueblan el mundo».

Podemos estar de acuerdo o no con la decisión de un paciente, pero si es autónoma y competente hemos de aceptarla. Es posible incluso que la decisión pueda atentar contra su dignidad, por ejemplo una persona que en base a sus creencias religiosas prefiera llevar el proceso de morir con dolor y sufrimiento. En tal caso, es respetable.

A su vez, la dignidad también tiene un sentido *normativo* (Atienza M., 2009; y García R., 2009) gracias al cual extraemos consecuencias prácticas que derivan del hecho de su respeto. Es posible entender la dignidad de manera general y abstracta, que determine que ciertas entidades poseen dignidad, o de un modo más concreto, al señalar que ciertas conductas son dignas o indignas, marcando así límites a la moralidad al otorgar un enfoque explicativo y justificativo. Este último sentido tiene un contenido concreto en la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional: derecho a la vida (de calidad), a la integración física y psicológica, a la personalidad (honor, intimidad personal y familiar, etc.), a la igualdad de todas las personas, a la educación y la protección de la salud...

En conclusión, es necesario un proceso deliberativo, es decir, un diálogo entre el médico y el paciente para ver qué es lo que el paciente desea, cómo lo desea y de qué manera le pueden afectar las decisiones. Para ello se precisa una serie de principios éticos que rijan dicho procedimiento. Ahora bien, ¿qué sucede cuando diversos principios entran en conflicto entre sí? ¿Cuál es el que ha de prevalecer?

## 2.2.- Una propuesta de jerarquización de los principios éticos

109

Los principios éticos hacen alusión a exigencias de los ciudadanos para la convivencia y el respeto por la persona (justicia, dignidad...), así como a las distintas formas de enfocar su vida (autonomía, beneficencia, etc.). Esto apunta a dos tipos de éticas: *ética de mínimos* y *ética de máximos*, y al tener que conjugarlas aparecen conflictos éticos. La apelación a los principios éticos no garantiza la resolución de los problemas, puesto que también éstos suelen entrar en conflicto entre sí. Por este motivo se hace necesaria una jerarquización de los principios para intentar resolver los problemas éticos. Proponemos tres niveles, a saber: *nivel 1*: dignidad; *nivel 2*: justicia; y *nivel 3*: autonomía, no-maleficencia y beneficencia. Dichos niveles están ordenados lexicográficamente, es decir, no es posible avanzar hacia el nivel 3 si el nivel 1 y 2 no han sido respetados.

ENERO  
2015

El nivel 1 está compuesto por los principios de dignidad. Independientemente de a qué principio ético hagamos alusión, es necesario tratar a la persona como fin en sí y no como mero medio. El principio de dignidad es el que marca límites a la moralidad, obliga a respetar independientemente de qué opinión concreta tenga la persona, qué tipo de decisión “justa” tome, qué beneficio espere... Por tanto, no es posible sostener ningún principio ético si no hay previamente un respeto por la dignidad de la persona. Y esto supone, a su vez, que ha de ser considerado un principio *absoluto*, pues no hay ningún principio ético que pueda descartarlo, siendo, como es, la condición de posibilidad, el fundamento trascendental, de los otros principios.

El nivel 2 lo constituye el principio de justicia. Siguiendo a la ética dialógica, una decisión justa es aquella que cuenta con el consentimiento de los afectados, en condiciones lo más próximo a la simetría, y se llega a un consenso a través del diálogo. Dicho proceso presupone que las personas son dignas de respeto, libres e iguales... de modo que no es lícito atentar contra la dignidad de la persona. Al desear esta situación de justicia se está admitiendo unos principios éticos aceptados incluso antes de deliberar. En efecto, no es posible tomar una decisión justa si no hay un respeto por la autonomía de los afectados y si los beneficios y daños no son admitidos, *potencialmente* de manera universal, es decir, si todas las personas estarían dispuestas a desear dicho bien y no querer ese mal. De esta manera, no se da esta situación si no se respetan *todos y cada uno de los principios* considerados de manera *formal sin contenido material concreto*, por lo que resulta que ésta es primaria en relación a dichos principios considerados aisladamente.

Tanto el nivel 1 como el nivel 2 han de entenderse como *mínimos formales*, pues no hacen alusión a aspectos con contenido material concreto. Ahora bien, el nivel 3 puede ser entendido desde una *ética de mínimos* pero también desde una *ética de máximos*.

El nivel 3 está compuesto por los principios de autonomía, no-maleficencia y beneficencia. En nuestra opinión, el principio de autonomía tiene un papel fundamental que prevalece ante los otros dos principios. Es una obligación moral el respeto por la autonomía de las personas. Consideramos que las decisiones autónomas, competentes, han de respetarse incluso si éstas conllevan un daño. Un buen ejemplo son las decisiones de rechazo de transfusión sanguínea de personas Testigos de Jehová. Se trata de respetar las decisiones que hacen alusión a proyectos de vida que han sido escogidos razonada y razonablemente, y que son dignos de respeto como cualquier otra propuesta. Esto indica la obligación moral de no imponer ningún tipo de decisión en contra de su voluntad, sin justificación ninguna. Nuestra sociedad así lo acepta y además lo recoge en la normativa jurídica. Por este motivo, damos prioridad al principio de autonomía frente al de beneficencia y no-maleficencia.

Gracia D. (1991:126) sostiene que la no-maleficencia obliga con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas. Es cierto que hay una obligación moral de los profesionales es la de no dañar a sus pacientes. Así queda recogido en el Juramento Hipocrático bajo el principio *primum non nocere*. Pero una lectura simplista de dicho principio conlleva, necesariamente, un paternalismo. El respeto por dicho principio no implica que no se tenga en cuenta la opinión de los pacientes. Por lo tanto, hay una perspectiva de dicho principio que es objetiva, en este caso la obligación moral de no dañar. Pero también hay una perspectiva subjetiva de éste, el cual queda patente en el hecho referente a *qué entiende el paciente por no dañar*.

En cuanto al orden jerárquico entre no-maleficencia y beneficencia, compartimos la idea de Gracia D. que sostiene que nuestro deber de no hacer daño, o sea, no perjudicar, es superior al de realizar el bien, esto es, el favorecer a la otra persona. Por este motivo, en segundo lugar jerárquico va el principio de no-maleficencia. Por último, ubicamos el principio de beneficencia. Nuestra obligación de no dañar puede ser exigida coercitivamente, mientras que no se nos puede solicitar ser beneficiarios ya que dicho acto ha de ser realizado libremente.



El respeto por dichos principios ha de ser una obligación moral, siempre y cuando su explicitación sea a nivel formal, esto es, que no haga alusión a planes de vida concretos. Es exigible que haya respeto por la dignidad, que no haya imposiciones, que se alcancen decisiones justas... El problema es que en el nivel 3 también un contenido material.

En efecto, pese a que también solicitamos el respeto la autonomía de las personas, no todas las decisiones autónomas han de ser aceptadas, ya que las decisiones concretas hacen referencia a planes de vida que no todo el mundo comparte. Exigimos que no hay que dañar a las personas y además se hace preciso buscar el mayor beneficio (independientemente de qué opinen o qué daño o beneficio sea); sin embargo, al acudir al contenido material de éstos (qué opina concretamente, qué tipo de bien y de mal se trata) vemos que se hace alusión a distintas maneras de concebir la vida, por lo que ya no va a darse consenso concreto en qué sea un bien y qué un mal.

Por esta razón, el nivel 3 *también* debe ser concebido dentro de una ética de máximos. La autonomía, no-maleficencia y beneficencia sólo tiene cabida dentro de un proyecto vital concreto. Desde la autonomía del paciente se marca cómo quiere ser dicho proyecto, y qué entendamos por no-maleficencia o beneficencia tendrá sentido en relación a esa forma de vida. No obstante, en el marco de una ética de máximos, este nivel carece de una jerarquización *a priori* de sus principios, ya que ha de analizarse el caso concreto para saber cuál es su contenido material. Por ejemplo, es posible que la persona sea incompetente para la toma de decisiones: menores de edad, enfermedad mental... primando así la beneficencia y/o la no-maleficencia ante la autonomía. O una persona puede realizar un documento de voluntades anticipadas y determinar que en situaciones concretas rechaza un tratamiento médico, prefiriendo así un *aparente* mal, puesto que puede ocasionarle la muerte, primando entonces la autonomía.

111

### 2.3.- Especificación, deliberación y ponderación

Este intento de jerarquización ha de tener otro soporte para guiarnos en la toma de decisiones. En ocasiones los principios éticos son muy generales y no siempre ayudan en la resolución de los casos. Beauchamp T. y Childress J. ya hacen alusión a la necesidad de ampliar su teoría. Para ello, proponen la *especificación, la ponderación, el equilibrio reflexivo y la moral común*.

Estos autores sostienen que los principios éticos ya no necesitan ser *aplicados*, sino más bien han de ser *especificados*. Por eso, los principios éticos son puntos de partida que además tienen la peculiaridad de que están jerarquizados. Esto no implica que no tenga utilidad la jerarquización de los principios anteriormente expuesta. El intento de especificación ha de tener como referencia dicha jerarquización. Y dado que el nivel 3 está compuesto *también* por un contenido material, es aquí donde más sentido tiene la especificación y ponderación de reglas morales que marquen qué principio ha de prevalecer y por tanto qué decisión tomar.

Beauchamp T. y Childress J. (2009) proponen unas reglas morales derivadas de la moral común: *no matar, no causar dolor, decir la verdad...* Ahora bien, cuando especificamos los principios éticos a los casos concretos vemos cómo estas normas, u otras que se puedan derivar de los principios, pueden entrar en conflicto entre sí. Por ejemplo, de la

ENERO  
2015

obligación moral de decir la verdad pueden derivarse dos situaciones diferentes. Por un lado, informar adecuadamente a un paciente sobre su tratamiento y sus posibles contraindicaciones. Por otro, apelando al privilegio terapéutico, no comunicarle algunas reacciones adversas de un fármaco para que haya un seguimiento farmacológico y se evite algún tipo de mal (situación de estrés o complicaciones terapéuticas). Por este motivo, es importante establecer de qué modo se justifican dichas normas.

A nuestro parecer, las tesis de Richardson H. (1990 y 2000) resultan una buena propuesta de *especificación*. Este autor sostiene que para justificar una norma *especificada* ha de satisfacer, a su vez, la norma *general* de la cual se *deriva*. Por ejemplo, “hay que respetar la autonomía de las personas ante decisiones médicas” puede tomarse como una norma más o menos general desde la cual derivar otras más específicas como puede ser “hay que respetar las decisiones de las personas ante decisiones médicas, siempre y cuando sean competentes para decidir por sí mismas”. De esta manera, la finalidad es obtener una norma más particular, concretada progresivamente mediante algunas cláusulas y derivada de la norma general. Para ello, ha de realizarse teniendo en cuenta dos condiciones. Ha de verificarse que todas aquellas situaciones que cumplen o satisfacen la norma especificada, son también dadas en la norma general. Y la norma especificada ha de concretar las situaciones particulares del caso: *dónde, cuándo, por qué, cómo, hacia quién, con qué objetivo y por quién* dicha acción es realizada u omitida (Richardson H., 2000:289). Un buen ejemplo de regla moral especificada que marca dichas cláusulas es el que proponen Beauchamp T. y Childress J. (2009:19): “obtener siempre un consentimiento oral o escrito para intervenciones médicas con pacientes competentes, *excepto* en emergencias, exámenes forenses, en situaciones de bajo riesgo o cuando pacientes han rechazado su derecho de ser informados adecuadamente”.

La tarea de la *especificación* tiene como objetivo la resolución de casos conflictivos. En casos en los que haya disputa entre normas especificadas, es posible, y necesario, continuar con dicho proceso hasta que ésta se resuelva. Y es que, como sostienen Beauchamp T. y Childress J. (2009:18), “todas las reglas morales son, en principio, sujetas a la especificación”. Esto se debe al hecho de que las reglas especificadas están enmarcadas en contextos particulares que hace que se generen nuevos conflictos. Y cuando ello sucede se requieren nuevas especificaciones. Como intento de resolverlos hemos de realizar un procedimiento deliberativo de razonamiento, mediante un proceso *reflexivo* que garantiza una cierta *coherencia*.

Esta metodología utilizada por Beauchamp T. y Childress J. (2009), basada en parte en los textos de Richardson H., y que está fundamentada en la *especificación, la ponderación y el equilibrio reflexivo*, es un buen método para la resolución de casos. Dicha propuesta es un proceso que va de los principios a las normas, y posteriormente, de las normas a los principios.

Aunque compartimos dicha propuesta, consideramos que sería acertado tener en cuenta la jerarquización de los principios éticos anteriormente expuesta. Ahora bien, cuando el conflicto se da en los principios de nivel 3, es necesario tomar reglas que establezcan guías de conducta. Un buen ejemplo es la regla que señale, a tenor del principio de autonomía, “respetar la voluntad de un paciente que ha sido recogida en un documento de voluntades anticipadas, y si éstas son claras y precisas”. Pero si éstas no son nítidas o si hay complicaciones clínicas que no se habían contemplado en el documento, se tendrán que tomar

decisiones adicionales sobre el tratamiento y que han de estar, nuevamente, revisadas a la luz de los principios éticos. Con ello, lo que se desea conseguir es *coherencia* en la toma de decisiones.

En el proceso deliberativo han de entrar factores adicionales que den soporte a las decisiones. Por un lado, toda acción u omisión ha de tener en cuenta la normativa jurídica vinculada a dicha decisión. Por ejemplo, en nuestro país muchas de las decisiones en el ámbito de la salud se rigen por la Ley 41/2002. En dicha ley se reconoce la obligación de recabar el consentimiento informado, de respetar el derecho de la persona a dejar anotada sus deseos y preferencias en un documento voluntades anticipadas, etc. Aunque esta exigencia jurídica no ha de quedarse en un plano meramente médico, sino que debería de abarcar un marco político más amplio que no se ciña exclusivamente a la relación asistencial y que tenga como eje central los principios éticos. Así, hemos de tener en cuenta una dimensión ética y una político-jurídica que contemple y dé cabida tanto a una ética de *mínimos* como a una de *máximos*. Por otro, se precisa una teoría ética que dé un *fundamento* a la toma de decisiones.

### 3.- Una propuesta de teoría ética para la toma de decisiones

La *fundamentación ética* consiste en justificar las acciones, dar razones últimas del por qué, y para ello nos hemos de basar en la razón. Esta *fundamentación ética* ha de tener un carácter *universalizable* (¿lo podrías querer al mismo tiempo para todo el mundo?), *autónomo* (decisiones libres y sin condicionamientos internos y/o externos, sino de lo contrario no sería *ética* sino *moral*, *ideología*...) e *incondicionado*, señalando así los aspectos lógico-formales que constituyen la condición de posibilidad de la misma argumentación. Estos enunciados prescriptivos no pueden ser derivados *sólo* de enunciados fácticos, pues se incurriría en *falacia naturalista*. Por tanto, la *fundamentación* señala la razón última del obrar y legitima las normas y juicios en los que se apoyan las decisiones.

113

Las decisiones éticamente correctas no han de basarse *sólo* en aspectos *lógico-formales*, pues se puede caer en *falacia intelectualista*. En este sentido, ha de establecer un conjunto de reglas y principios con los que orientar la conducta, pero no hemos de apoyarnos sin más en la *racionalidad*. No hay que analizar sólo el *procedimiento*, sino también las circunstancias particulares; es decir, la tarea de la *fundamentación* ha de ser la de establecer la *corrección* sin descartar los *móviles* y aspectos psico-sociales que establecen la *bondad* de la acción. Por lo tanto, la *fundamentación ética* ha de tener un carácter *universalizable*, *autónomo* e *incondicionado*, sin obviar los aspectos fácticos de la decisión, ni los motivos por los cuales se actúa. Se trata de llevar a cabo un análisis *deontológico* y *también teleológico*, que se contienen en una *ética de mínimos* y en una *ética de máximos*, respectivamente.

ENERO  
2015

#### 3.1.- La ética dialógica

Una vez establecido qué características ha de tener la fundamentación ética, vamos a defender que la ética dialógica cumple con dichas características. Esta se presenta como una buena metodología para fundamentar la bioética, pues al fin y al cabo la bioética se basa en la deliberación colectiva, en el diálogo consensuado entre los diversos participantes. En efecto, en el análisis bioético se parte de los casos concretos y, posteriormente, se delibera, esto es, se

analizan y ponderan los pros y contras de las posibles decisiones. Los principios éticos y las normas éticas se examinan en función del caso concreto, y no al contrario, es decir, la realidad no se ha de adaptar a un cierto modelo teórico. Ahora bien, esto no significa que no partamos de unas reglas y principios éticos antes de deliberar que nos sirven para comprender un poco más la realidad: aceptamos que las personas son dignas de respeto, libres, iguales... independientemente del contexto en que se dé. Es por este motivo que en el proceso deliberativo «sólo pueden reivindicar lícitamente validez aquellas normas que pudiesen recibir la aquiescencia de todos los afectados en tanto que participantes en un discurso práctico» (Habermas J., 2000:16). Es imprescindible que se tome a los interlocutores como sujetos dignos de respeto y con derechos y que tengan la posibilidad de expresar su pensamiento en condición de igualdad y simetría.

Este proceso *deliberativo* consiste en ponderar los principios, valores y consecuencias que se puedan derivar de la decisión. Y exige la escucha atenta, el esfuerzo por comprender la situación, el análisis de los valores implicados, la valoración del marco legal... Eso supone que la deliberación ha de concebirse en tres tiempos: 1) contrastar el hecho a considerar con los principios deontológicos; 2) evaluar las circunstancias y las consecuencias para ver si es posible una excepción a los principios (Gracia D., 2001); y 3) llevar a cabo la acción. Por tanto, tiene un momento deontológico y otro teleológico.

En la deliberación hay que diferenciar entre una *acción comunicativa* y una *estratégica*. La primera está orientada al entendimiento, la segunda al éxito (Apel K., 1985; y Habermas J., 1981 y 2000). Dado que queremos llegar a acuerdos consensuados que tengan validez objetiva, hemos de descartar que la *única* opción sea que las personas busquen su éxito personal y acuerden que lo mejor para sus intereses sea una postura u otra. Esto no significa que no se busque en ningún momento una acción estratégica. De hecho, en bioética también se desea un éxito en la acción (restablecimiento de una enfermedad, una vida de calidad, etc.), aunque éste no es el *único* objetivo en el procedimiento deliberativo. El recorrido es la acción comunicativa (llegar a acuerdos consensuados) y la meta es la acción estratégica (éxito), pero ambos se retroalimentan.

Durante el proceso de la acción comunicativa los interlocutores intentan fundamentar argumentativamente su postura y el único motivo que ha de prevalecer en el consenso es el de la fuerza del mejor argumento. La condición de verdad de un enunciado va a consistir en el consentimiento de todos los implicados potencialmente. Con ello también se establece que una decisión es justa si, y sólo si, cuenta con el consentimiento de los afectados, en condiciones lo más próximas a la simetría, alcanzando un consenso mediante un diálogo. De aquí se sigue que las condiciones de tal consenso no dependen de otros consensos posteriores, sino de las propiedades formales del mismo discurso. En este diálogo es preciso que los interlocutores adopten unas pretensiones de validez: *comprensibilidad, veracidad, verdad y corrección*. Así pues, se están marcando unas características concretas a este procedimiento: 1) que nadie que pueda hacer una contribución relevante pueda ser excluido de la participación; 2) que todos tengan las mismas oportunidades; 3) que los participantes, por tanto los afectados, puedan decir lo que piensan sin coacciones.

Este procedimiento está definiendo a la persona como un hablante que interactúa, en un diálogo, con un oyente. En este diálogo se constata la necesidad de que todos los interlocutores tienen capacidad comunicativa, que son igual merecedores de participación

independientemente del contenido de su proposición. Si se excluye algún interlocutor virtual o no se le da las mismas oportunidades que al resto, se está renunciando a la búsqueda de intereses objetivos perseguidos en el diálogo.

«Todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión» (Apel K., 1985:380).

En conclusión, la ética dialógica sirve como fundamentación ética para la propuesta bioética para el abordaje para la toma de decisiones médicas y establece cómo ha de ser el proceso deliberativo al indicar un marco deliberativo para la justicia. Este enfoque no se basa *únicamente* en el proceso lógico-discursivo, sino que en éste hay implícito una serie de valores como son los que reflejan los principios éticos. Con ello esta metodología indica que en el fondo se da una *ética de mínimos* y una *ética de máximos*.

### 3.2.- Ética de mínimos y ética de máximos

La ética dialógica señala la necesidad de entrar en el diálogo los afectados por la decisión. En el proceso argumentativo se exponen reivindicaciones personales (cómo quiero que se me trate, qué deseo...) y exigencias político-sociales (respeto por la persona, por la dignidad, etc.). Esto supone que se está solicitando que haya unos mínimos exigibles a todos los ciudadanos y que se manifiesten los valores de la persona; es decir, que haya una *ética de mínimos* y una *ética de máximos*.

Una ética de mínimos es la reflexión filosófica sobre aquellos criterios exigibles a todos los ciudadanos y que posibilitan la convivencia pacífica de los ciudadanos con diferentes morales. Dado que analiza cómo ha de ser esta convivencia, se ciñe al contexto de la justicia, entendida como una ética deontológica (Román, B., 2008). Esta ética mínima es la ética cívica, que ha de ser laica, y las funciones que ha de cumplir son: 1) orientar la creación y derogación del ordenamiento jurídico en un Estado de derecho; 2) posibilitar el pluralismo, la democracia y el cosmopolitismo, ya que de ellos depende la convivencia pacífica; y 3) excluir de sí misma las diferentes concepciones sobre el mundo y la vida.

Se trata de una ética cívica, *pública*, que el Estado ha de respetar y fomentar para que se cumpla; sin embargo, no significa que sea una ética del Estado. Éste ha de construir y ejecutar herramientas para la convivencia pacífica, pero han de estar al servicio de los ciudadanos; de modo que en el fondo se trata de una ética de los ciudadanos, de aquello que exigimos y reivindicamos para que haya una convivencia. Estas reivindicaciones se hacen a través de las opiniones de las personas respecto a cómo quieren enfocar su proyecto de vida feliz. Éstas sólo son lícitas si respetan unos mínimos cívicos para la convivencia como son la igualdad, la libertad, el respeto por la dignidad de las personas... Por tanto, la *ética de mínimos* se alimenta de la *ética de máximos* y la de *máximos* se tiene que purificar en la de *mínimos* (Cortina A., 2010:37-38).

Una ética de máximos es la «reflexión filosófica sobre los criterios que, una vez garantizada la convivencia de los ciudadanos, propugna un estilo de vida buena, de vida feliz» (Román B., 2008:269); se trata de una ética material que establece unos contenidos, un determinado modo de vida. Esta ética de máximos es, a su vez, de mínimos, ya que ha de

respetar esos mínimos exigibles para una convivencia pacífica, de lo contrario están apostando por estilos de vida que aunque sean considerados “buenos” son “injustos”. Y para poder tener validez a nivel de mínimos no ha de ser llevada a nivel estrictamente privado, sino que han de tener vocación de ser públicas, es decir, se han de convertir en reivindicaciones político-social (Cortina A., 2010:38).

Hay más o menos consenso sobre cuáles son los mínimos exigibles, y lo hay porque los principios y normas que defiende son formales, carente de contenido material concreto. Dado que no hace alusión a proyectos de vida determinado, no entra en colisión con los planes de vida de las personas. No obstante, entre las éticas de máximos no hay consenso sobre cuál ha de ser el modo de vida que todos tienen que querer. Y es lógico que no lo haya porque se fundamentan en juicios subjetivos, aspectos psico-sociales, que no todas las personas comparten, ni tienen por qué hacerlo.

Por todo esto, en la toma de decisiones hemos de partir de una ética mínima que posibilite la convivencia pacífica de ciudadanos con diferentes morales. El respeto por las personas, la libertad y la justicia ha de ser éticamente exigible. Ahora bien, una vez cumplidos esos mínimos, también es una obligación que los proyectos de vida de los afectados por la norma a tomar sean tenidos en cuenta. De hecho, las éticas de mínimos se nutren de las reivindicaciones que hacen las personas desde sus distintas formas de vida buena, siempre y cuando éstas respeten los mínimos de la convivencia.

Para que tanto los *mínimos* y los *máximos* puedan ser llevados a cabo, es necesario unas normas legales que aseguren su cumplimiento. En entornos sanitarios todas estas leyes se engloban en el ámbito *biojurídico*. Se trata, por tanto, de qué aspectos *mínimos* son necesarios para una convivencia pacífica y un respeto por los derechos humanos.

Por lo tanto, como fundamentación ética para la bioética se requieren ambas éticas: una ética de mínimos solicita aquello exigible para la convivencia, por eso es una ética deontológica que establece el marco de la justicia, con los deberes y obligaciones que todas las personas tienen que respetar; y una ética de máximos que indica cómo quieren las personas enfocar su proyecto de vida, siendo esta una ética teleológica. Y todo ello teniendo presente las normas, leyes, códigos... relacionados en la toma de decisiones.

#### 4.- Conclusiones

En la praxis médica se requiere del *cuidado*, entendido como virtud y como compromiso moral, para que la relación asistencial sea correcta. Pese a ello, éste se presenta como insuficiente por sí solo para la fundamentación ética, de modo que se requiere de una serie de principios éticos, ordenados lexicográficamente, y un proceso de especificación y ponderación de normas que nos ayuden entender con mayor profundidad el fenómeno moral. A su vez, se precisa de una teoría ética que englobe y explique con más rigor los principios éticos y, por lo tanto, las normas morales. Por tanto, la fundamentación ética va a consistir en un proceso *universalizable*, *autónomo* e *incondicionado* que va a tener una metodología dialógico-trascendental, la cual indica la necesidad de articular una *ética de mínimos* con una *ética de máximos*.

## Bibliografía

- Apel K. (1985). *La transformación de la filosofía. El a priori de la comunidad de comunicación. Tomo II* Madrid, Taurus, 1985.
- Armstrong A. (2006) “Towards a strong virtue ethics for nursing practice”. *Nursing Philosophy*. N°7:110-124.
- Armstrong A. (2007). *Nursing Ethics. A Virtue-Based Approach*. New York: Palgrave Macmillan;
- Atienza M. (2009). “Sobre el concepto de dignidad humana”. En: Casado, M. (coord.) *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos*. Navarra: Thomson Reuters.
- Beauchamp T., y Childress J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson. Cuarta edición.
- Beauchamp T., y Childress J. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press. Sexta edición.
- Borrell F. (2002) “El modelo biopsicosocial en evolución”. *Med Clin (Barc)*, n° 119(5), pp. 175-179.
- Borrell F. (2011). “Empatía. Un valor troncal en la práctica médica”. *Med Clin (Barc)*, n° 136(9), pp. 390–397.
- Brody J. (1988). “Virtue Ethics, Caring, and Nursing”. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. N°2(2), pp. 87-96.
- Cortina, A. (2007a). *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Nobel.
- Cortina A. (2007b). “Ethica cordis”. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. N°37, pp.113-126.
- Cortina A. (2010). *Justicia Cordial*. Madrid: Mínima Trotta.
- García R. (2009). “La dignidad y sus menciones en la Declaración”. En: Casado, M. (coord.) *Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos*. Navarra: Thomson Reuters.
- García V. (2012). *De la bioética a la biojurídica: el principialismo y sus alternativas*. Granada: Comares.
- Gracia D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.
- Gracia D. (2001) “La deliberación moral: el método de la ética clínica”. *Med Clin (Barc)*. N° 117, pp. 18-23.
- Feito L. (2005). “Los cuidados en la ética del siglo XXI”. *Enfermería Clínica*. N°15(3), pp. 167-174.
- Habermas J. (1981). *Teoría de la acción comunicativa. Tomo I*. Madrid: Taurus.
- Habermas J. (2000). *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid: Trotta.
- Hume D. (2006). *Investigación sobre los principios de la moral*. Madrid: Alianza.
- Kant I. (2001). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa Calpe.
- Nino C. (1989). *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. Barcelona: Ariel.
- Paley J. (2002). “Virtues of autonomy: the Kantian ethics of care”. *Nursing Philosophy*, n°3, pp.133-143.
- Pellegrino E. (1995). “Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. N°5(3), pp. 253-277.
- Richardson H. (1990). “Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems”. *Philosophy and Public Affairs*. N° 19(4), pp. 279-310.

- Richardson H. (2000). “Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles”. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Nº 25(3), pp. 285–307.
- Román B. (2008). “Es pot educar només amb mínims morals? Ètica de mínims Vs. Mínima”. *Temps d'Educació*. Nº 35, pp. 267-276.
- Román B. (2011) “Sobre el respeto a la autonomía del paciente: la dignidad en juego”. En: Bilbeny, N. (Coord.) *Bioética, sujeto y cultura*. Barcelona: Horsori.
- Serna P. (1995). “La dignidad de la persona como principio del derecho público”. *Derechos y libertades*. Nº2(4), pp. 287-306.
- Schott R. (ed.) (1997). *Feminist Interpretation of Immanuel Kant*. Pennsylvania State: University Park.