

# LA ÉTICA MÉDICA

## Autores:

Roilien Gutierrez Rios. Universidad de Ciencias Médicas de Artemisa. Facultad de Estomatología de Artemisa. Artemisa. Cuba. Correo: [royrg@nauta.cu](mailto:royrg@nauta.cu).

Marina Felicia Valdés Silva. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial de Ciencias Médicas “Piti” Fajardo. Artemisa. Cuba. Correo: [marinavs00@nauta.cu](mailto:marinavs00@nauta.cu).

Ramón Miguel Valdés Silva. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial de Ciencias Médicas “Piti” Fajardo. Artemisa. Cuba. Correo: [ramary7002@gmail.cu](mailto:ramary7002@gmail.cu).

## Resumen.

Hace pocos años, términos como ética, bioética y ética médica eran ajenos en el uso en medicina clínica, así como en la ciencia experimental. La irrupción de la tecnología como una expresión de progreso, el advenimiento de la computación, que facilitó en gran medida el acceso al conocimiento, así como cambios en el comportamiento de la sociedad, hicieron evidentes algunos procesos adaptativos en la medicina, merece destacarse, entre estos, una evolución en la relación médico-paciente, que pasó de un paternalismo clásico a una relación gobernada por la autonomía del enfermo y la omnipresencia del denominado consentimiento informado. Sin embargo, el aumento progresivo de los problemas éticos en la práctica de la medicina, que en ocasiones son verdaderos dilemas, ha producido confusión en el significado de cada uno de estos conceptos. Es por ello que nos ha parecido interesante revisar estos conceptos, así como el significado y utilidad que tiene cada uno de ellos. Para ello hemos consultado alrededor de 25 referencias bibliográficas extraídas de diferentes libros, artículos y publicaciones.

**Palabras clave:** bioética; ética; ética Médica.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han multiplicado los artículos dedicados a reflexionar acerca de asuntos de ética médica. Desde la aparición hace unas décadas del concepto “bioética”, se mencionan

con este rubro o como ética médica diversos aspectos, ya sean conceptuales o derivados del ejercicio mismo de la medicina. Además, las circunstancias en que se ejerce la medicina, actualmente, han hecho que los aspectos legales del ejercicio de la misma ocupen la atención, ya sea por reglas o preceptos que se han diseñado por los responsables de la medicina a nivel del país o de organismos no gubernamentales como sociedades médicas o consejos.<sup>1</sup>

La medicina es una praxis tan antigua como la humanidad, que en el transcurso del tiempo se ha basado en diversas clases de «saberes» y conocimientos que aún coexisten, entre ellos el científico-técnico, que en general ha tenido como objetivos: aliviar el dolor, curar las heridas, y también prevenir y diagnosticar enfermedades, así como proporcionar tratamiento y rehabilitación a los enfermos. Por el carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente, en función de los fines específicos de la medicina, los médicos identificaron en su quehacer una dimensión moral. La praxis médica fue quizá una de las primeras actividades humanas en donde se contempló la necesidad de establecer preceptos morales por el propio gremio, en lo referente a ciertas nociones acerca de las implicaciones «buenas» y «malas » de una acción médica.<sup>2</sup>

Desde entonces las diferentes normas establecidas se han sustentado en la ideología o cosmovisión propia del momento histórico y del contexto sociocultural en el que han vivido los médicos que las han ideado.<sup>3</sup>

En la práctica médica del mundo antiguo, las reglas y actitudes morales exigidas a los médicos tuvieron una fuerte influencia de las religiones vigentes. En la medicina griega del siglo V a.C., por ejemplo, el juramento prescrito por la secta de los médicos hipocráticos (ver anexo 2) establecía una serie de preceptos morales que el médico debía observar en torno a la salud y a la vida del enfermo, como un compromiso con los dioses de la medicina y la salud, pero no con los enfermos ni con la sociedad.<sup>4-5</sup>

A lo largo de la historia de la medicina los propios médicos han establecido diversos códigos morales. En la medicina contemporánea, el primer código ético médico (1847) fue redactado por la Asociación Médica Americana, agrupación aún existente y se integraron al texto del juramento hipocrático, elementos de la moral judeo-cristiana, así como ciertas reglas de etiqueta social.<sup>6</sup>

Poco antes de la Segunda Guerra Mundial y sobre todo después de ella, esta orientación moral médica casi religiosa ha sido continuada por la denominada Asociación Médica Mundial que

en 1948 signó una versión modernizada del juramento hipocrático conocida como Declaración de Ginebra. Existen otras declaraciones semejantes por parte de la misma agrupación que abordan tópicos específicos: Declaraciones de Oslo, Tokio, Sydney, Hawai, etc.<sup>7</sup>

Es necesario señalar que de forma general que estos textos en su conjunto han pretendido normar la conducta moral de todos los médicos, a lo largo de los años constituyendo así lo que se ha identificado como ``ética médica tradicional``.<sup>8</sup>

## **DESARROLLO.**

### **La ética.**

La ética es una rama de la filosofía que se ocupa del estudio racional de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. Requiere la reflexión y la argumentación. El estudio de la ética se remonta a los orígenes mismos de la filosofía en la Antigua Grecia, y su desarrollo histórico ha sido amplio y variado.<sup>9</sup>

La ética estudia qué es lo moral, cómo se justifica racionalmente un sistema moral, y cómo se debe aplicar posteriormente a nivel individual y a nivel social. En la vida cotidiana constituye una reflexión sobre el hecho moral, busca las razones que justifican la adopción de un sistema moral u otro.<sup>10</sup>

Una doctrina ética elabora y verifica afirmaciones o juicios determinados. Una sentencia ética, juicio moral o declaración normativa es una afirmación que contendrá términos tales como "bueno", "malo", "correcto", "incorrecto", "obligatorio", "permitido", etc, referidos a una acción, una decisión o incluso también las intenciones de quien actúa o decide algo.<sup>11</sup>

### **La bioética.**

Aunque el término «bioética» fue acuñado en 1971, a propósito de la necesidad de reflexionar sobre el uso irracional de la ciencia y la tecnología por su impacto en la biosfera y el ambiente,<sup>19</sup> y la necesidad de hacer una reflexión ético-filosófica sistematizada y cuidadosa sobre los dilemas originados por la práctica de la medicina contemporánea, la necesidad de ampliar el conocimiento médico, el uso de nuevas terapias y sobre todo de una nueva concepción de la relación médico-paciente más justa, objetiva, racional y equilibrada.<sup>12</sup>

En este sentido, hemos de definir a la bioética –desde sus orígenes–, como *un área de reflexión ética acerca de las múltiples implicaciones de las relaciones del hombre con el fenómeno de la vida en general y con el fenómeno de la vida humana en particular.*<sup>13</sup>

### **La Ética Médica.**

La Ética Médica es una “disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. La docencia e investigación médicas, son también parte constitutiva de la práctica médica, y su realización se inscribe en las más antiguas tradiciones y son esfuerzos sociales corporativos de la más alta responsabilidad, por lo que su orientación y control se fundamenta en los principios éticos más relevantes de nuestra época.<sup>14</sup>

### **Problemas éticos de la medicina clínica**

El ejercicio de la medicina siempre ha planteado problemas éticos y exigido del médico una elevada calidad moral.<sup>15</sup>

Sin embargo, en ninguna otra época como en la nuestra se han planteado tantos y tan complejos problemas morales a los médicos, y nunca como ahora se ha requerido una adecuada formación ética de los profesionales sanitarios. Las razones de este cambio son de tres tipos:<sup>15</sup>

1. Un factor que ha desencadenado una multitud de problemas y conflictos éticos ha sido el enorme progreso de la tecnología sanitaria en los últimos treinta años. La puesta a punto a partir de los años sesenta de diferentes procedimientos de sustitución de funciones orgánicas consideradas vitales (la diálisis y el trasplante de riñón en el caso de la función renal; la respiración asistida, en el de la función respiratoria; las técnicas de reanimación y desfibrilación, en el de la cardíaca; la alimentación parenteral, en el de la digestiva) ha permitido medicalizar de modo hasta hace poco insospechado el período final de la vida de las personas, y hasta replantear la propia definición de muerte. El nuevo concepto de “muerte cerebral” permite hoy diagnosticar como muertas a personas a las que aún les late el corazón, y que por ello y de acuerdo con la definición clásica están vivas. Por otra parte, la concentración de las técnicas de soporte vital en unos nuevos servicios hospitalarios, conocidos desde los años sesenta con el nombre de unidades de cuidados intensivos (UCI), plantea un nuevo conjunto de problemas éticos: ¿a quiénes se debe ingresar en estas unidades y a quiénes no?,

¿cuándo pueden desconectarse los respiradores?, ¿qué pacientes deben ser reanimados y cuáles no?, ¿hay que tener en cuenta en todo esto sólo los criterios médicos o también la voluntad de los pacientes? y ¿qué papel desempeñan en la toma de decisiones los familiares, las instituciones aseguradoras y el Estado? <sup>15</sup>

Aún más espectaculares que las tecnologías del final de la vida son aquellas otras que permiten manipular su comienzo: ingeniería genética, inseminación artificial, fecundación in vitro, transferencia de embriones, diagnóstico prenatal, etc. ¿Qué principios éticos deben regir la actividad del médico en estos dominios?, ¿cómo establecer la diferencia entre lo moral y lo inmoral? La lista de preguntas podría incrementarse fácilmente. <sup>16</sup>

Esta revolución tecnológica sin precedentes en toda la historia de la medicina, está obligando a cambiar los procedimientos de tomas de decisiones. Hasta hace muy pocos años el médico se limitaba a ser mero colaborador de la naturaleza, que era la que decidía prácticamente todo, desde el nacimiento hasta la muerte. Hoy esto no es así. <sup>17</sup>

El médico ha pasado de ser un simple servidor de la naturaleza a ser señor de ella, hasta el punto de que puede, dentro de ciertos límites, que sin duda irán ampliándose en el futuro, prolongar la vida más allá del límite considerado natural. Ahora bien, cuando esto sucede, cuando la vida y la muerte dejan de ser fenómenos naturales por hallarse de algún modo gobernados por el hombre, es lógico que se plantee la pregunta por quién debe tomar las decisiones: ¿el médico?, ¿el paciente?, ¿la familia? De este modo, la revolución tecnológica ha desembocado en una segunda revolución, la de quién puede, debe y tiene que tomar las decisiones que afectan al cuerpo de una persona. La respuesta tradicional fue que el médico y, en último caso, los familiares. La respuesta que se ha ido imponiendo en estas últimas décadas es que tal prerrogativa corresponde en principio sólo a los pacientes. <sup>18</sup>

2. Según la ética médica clásica, la relación médico-enfermo era por naturaleza asimétrica, vertical, ya que la función del médico consistía en mandar y la del enfermo en obedecer. Sólo a principios de la década de los setenta comenzó a interpretarse la relación sanitario-paciente como un proceso de negociación entre personas adultas, ambas autónomas y responsables. Fueron los propios pacientes los que comenzaron a reivindicar este tipo de trato, exigiendo que se les respetase un conjunto de derechos (que han dado lugar, a partir de 1972, a la aparición de los códigos de derechos de los enfermos), el principal de los cuales es el llamado derecho al consentimiento informado. En la relación sanitaria el profesional tiene la información

técnica y el paciente adulto la capacidad de consentir o decidir. Esto ha hecho ganar en madurez a las relaciones sanitarias, pero también en conflictividad.<sup>15</sup>

3. El tercer frente de conflictos éticos tiene que ver con el acceso igualitario de todos a los servicios sanitarios y la distribución equitativa de recursos económicos limitados y escasos. Parece que la propia idea de justicia exige asegurar que todos tengan cubiertas unas necesidades tan básicas como las Sanitarias. Ahora bien, ¿qué son necesidades sanitarias?, ¿cómo diferenciar en el ámbito de la salud lo necesario de lo superfluo? Los economistas aseguran que en el campo sanitario toda oferta crea su propia demanda, con lo cual el consumo de bienes de salud es en teoría prácticamente ilimitado.<sup>15</sup>

¿Hay obligación moral de cubrir esas necesidades crecientes en virtud del principio de justicia?, ¿cómo establecer unos límites racionales? Dado que en el área sanitaria las necesidades serán siempre superiores a los recursos, ¿qué criterios utilizar para la distribución de recursos escasos?<sup>17</sup>

La convergencia de estos tres tipos de factores ha hecho que la medicina actual sea completamente distinta a la de cualquier época anterior y que la ética médica haya adquirido en nuestros días una dimensión muy superior a la de cualquier otro tiempo. Ha sido preciso crear toda una nueva disciplina que hoy se conoce con el nombre de bioética médica.<sup>15</sup>

### **Problemas de fundamentación de la ética médica.**

El principio de la moralidad está en el hecho de que los seres humanos se sienten responsables de sus actos, y por tanto internamente obligados a actuar de una determinada manera. La responsabilidad y la obligación son fenómenos directamente derivados del hecho de la racionalidad. El principio básico de la vida moral es siempre el respeto de todos los seres humanos como fines en sí mismos, y el respeto de las demás cosas como medios para los seres humanos.<sup>19</sup>

Es importante advertir que el principio general de respeto de los seres humanos tiene un carácter estrictamente formal, lo que significa que en sí no manda o prescribe nada concreto, aunque sí es la forma de todo mandato que tenga carácter prescriptivo. Se trata, pues, del patrón de medida de los actos en tanto que morales, lo que Kant llamó el canon de la moralidad, pero de nada más. Para que cualquier proposición tenga carácter deontológico o prescriptivo, habrá de ajustarse a ese criterio general que es el canon de la moralidad, pero ese canon en

sí no es prescriptivo, y por tanto no dicta ninguna obligación moral concreta; es, simplemente, el patrón de medida de toda obligación moral, la forma de todo mandato deontológico.<sup>20</sup>

A partir de esos principios formales, es preciso formular normas o criterios concretos, es decir, dotados de contenido material, que nos diga lo que está permitido o prohibido, por ejemplo, si debemos respetar a todos los seres humanos, parece claro que no los podemos matar, o que no podemos mentirles. Los principios de respeto de la vida y de veracidad son materiales, puesto que definen como buenos, ciertos actos humanos concretos, y como malos sus contrarios.<sup>20</sup>

Esos principios tienen, pues, contenido material, y además poseen carácter deontológico; es decir, mandan hacer ciertas cosas y evitar otras. Lo que sucede es que ya no tienen la contundencia y la absolutez del principio formal. Así, del principio formal dijimos que obligaba siempre y que no tenía excepciones, en tanto que los mandatos de contenido material no obligan siempre y tienen excepciones: hay veces que está moralmente permitido matar, y otras muchas en que nos vemos obligados a no decir la verdad, y aun a mentir. Por eso estos imperativos no tienen carácter categórico sino hipotético: su moralidad depende siempre de las condiciones materiales, de las circunstancias y de las consecuencias.<sup>21</sup>

En bioética se considera que estos imperativos hipotéticos, que derivan directamente del imperativo formal de igual consideración y respeto de todos los seres humanos, pueden reducirse a cuatro, o formularse en forma de cuatro principios: **autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**. El primero y más importante es, sin duda, el de autonomía, ya que del principio formal deriva directamente el hecho de que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un sujeto moral autónomo, responsable de sus propias decisiones. Esto es lo que suele llamarse felicidad, el objetivo vital de cada persona. En él está la primera obligación moral de todo ser humano, en llevar la propia vida a plenitud, conforme a sus capacidades y posibilidades. Por eso también unos pueden considerar beneficios en orden al logro de ese proyecto de vida que se han propuesto cosas que para otros pueden no serlo. Dicho de otra manera, la autonomía define el horizonte de las cosas beneficiosas para mí, lo que en bioética se llama beneficencia. Autonomía y beneficencia son dos principios íntimamente relacionados entre sí y que definen la ética privada de las personas. No hay autonomía sin beneficencia ni beneficencia sin autonomía.<sup>20</sup>

Los principios de autonomía y beneficencia definen la ``ética de máximos´´, es decir, el máximo moral exigible por cada individuo a sí mismo, y que puede ser distinto del que se exijan los demás a sí mismos.<sup>20</sup>

Pero la moralidad no se agota en este nivel de lo privado e intransitivo. Hay otra moralidad que es pública, compuesta por obligaciones claramente transitivas. En efecto, el principio de igual consideración y respeto de todos los seres humanos parece que exige, además del respeto de la diversidad de los proyectos de vida, la uniformidad en ciertas cuestiones básicas o comunes, es decir, en las acciones transitivas, en las relaciones entre los seres humanos. Esto es lo que definen los principios de no maleficencia y de justicia, que también están íntimamente relacionados entre sí, hasta el punto de poderse considerar como dos facetas de un mismo principio, el de igualdad básica y respeto mutuo en la vida social. En este nivel, pues, a diferencia del anterior, el criterio básico no es el de respeto de la diversidad de códigos éticos, sino el de exigencia de igualdad básica, de respeto, aun coactivo, de un mismo código de reglas mínimas de convivencia. Por eso éste no es el nivel de la ética de máximos, sino de la ética de mínimos. Lo que constituye este nivel es el mínimo de deberes que deben ser comunes a todos, y que todos debemos cumplir por igual. Este mínimo define la ética pública de una sociedad, y tal es la razón de que tenga por garante al Estado.<sup>21</sup>

El Estado surge para proteger y promover el cumplimiento de los deberes propios de este nivel, que por ello mismo tiene el carácter de públicos. Estos deberes se refieren al respeto de la integridad física de las personas (no maleficencia) y a su no discriminación en la vida social (justicia). Estos deberes se establecen por consenso público y general, y toman forma también pública. De ahí que se plasmen en derecho. El principio general del derecho es la igualdad de todos ante la ley, la no discriminación de nadie y la posibilidad de exigencia coactiva de sus preceptos. De ahí que los mandatos de este nivel obliguen, una vez establecidos por vía legítima, a todos los miembros de la sociedad, aun en contra de su voluntad.<sup>21</sup>

Naturalmente, los principios de no maleficencia y de justicia son de algún modo independientes del de autonomía y jerárquicamente superiores a él, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas. Los principios universales o de bien común, como son el de no maleficencia y el de justicia, tienen prioridad sobre el principio particular de autonomía. Esto es algo que parece evidente, y que en cualquier caso está en la base de toda la ética y el derecho occidentales. No parece fácil cuestionarlo de raíz.<sup>22</sup>

Por otra parte, lo beneficioso lo es siempre para mí y en esta situación concreta, razón por la cual es incomprensible separado de la autonomía. No se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad, aunque si estamos obligados a no hacerle mal (no maleficencia). Poner sangre a un testigo de Jehová es un acto cuando menos no beneficente, ya que va en contra del propio sistema de valores del individuo; es decir, porque se opone al proyecto de ideal y perfección que se ha trazado en la vida. La beneficencia depende siempre del propio sistema de valores y tiene por ello un carácter a la postre subjetivo, a diferencia de lo que sucede con los principios de no maleficencia y justicia. Cabe preguntarse si el poner sangre a un testigo de Jehová es sólo no beneficente o por el contrario es maleficente. Este es un buen ejemplo para entender cómo se articulan estos dos principios. Que la transfusión al testigo de Jehová es, cuando menos, no beneficente, resulta a todas luces claro, ya que supone una agresión a su sistema de valores y a su proyecto de vida. El problema es si es o no maleficente.<sup>22</sup>

Esto depende de lo que la sociedad, en su proceso de reflexión moral, haya elevado a la categoría de deber público o común. Hay sociedades, como la norteamericana, en las que ese tipo de actuaciones están claramente tipificadas como maleficentes. En la nuestra, más tradicional, eso no es del todo así, sin duda porque las sociedades tradicionales, a diferencia de las modernas, concedían prioridad a la vida sobre las propias creencias, y por tanto consideraban maleficente la lesión del valor vida por fidelidad a las creencias. De ahí que en nuestra sociedad no se haya considerado maleficente poner sangre al testigo de Jehová, pero sí el respetarle sus creencias. Y es que el principio de no maleficencia no tiene un contenido fijo e intemporal. Hoy tiende a pensarse, con buenas razones, que no se puede obligar a nadie a conservar la vida al precio de ser infiel a sus más profundas creencias. Eso hace que cada vez tienda más a pensarse que respetar al testigo de Jehová no es maleficente.<sup>21</sup>

En una sociedad como la nuestra, que en este tema se halla en un período de transición, es lógico que muchas veces no coincida lo que la sociedad tiene establecido con lo que uno piensa; es decir, que no coincidan moral y derecho. Cuando eso sucede, cuando la sociedad considera maleficente algo que el individuo piensa que no lo es, o viceversa, es obvio que la obligación moral y la jurídica se diversifican, y que uno puede considerarse moralmente obligado a realizar algo distinto a lo que la ley manda. Es otra gran fuente de conflictos, que intenta resolverse mediante varios procedimientos. Uno, muy importante en el caso de las profesiones sanitarias, es la llamada cláusula u objeción de conciencia. Eso puede resolver

algunos conflictos concretos, pero hay también la obligación moral de dar las razones por las que uno piensa que una acción es o no es maleficente, y de este modo conseguir, si ello es posible, que la ley cambie por medios pacíficos. Así se consigue el progreso moral. El ámbito de la maleficencia va cambiando, precisamente, a base de la reflexión individual y colectiva de las sociedades. Hoy se considera, por ejemplo, que la pena de muerte es maleficente, en contra del consenso unánime de casi toda la historia de la humanidad.<sup>23</sup>

De todo esto cabe concluir que los cuatro principios se ordenan en dos niveles jerárquicos, que podemos denominar, respectivamente, nivel 1 y nivel 2. El primero, el nivel 1, está constituido por los principios de no maleficencia y de justicia, y el nivel 2 por los de autonomía y beneficencia. El primero es el propio de la ética de mínimos, y el segundo es el de la ética de máximos. Naturalmente, en caso de conflicto entre ambos siempre tiene prioridad el nivel 1 sobre el 2.<sup>21</sup>

### **Cuestiones de procedimiento**

Sería ingenuo pensar que, con un sistema de principios, sea este el que fuere, se pueden solucionar a priori todos los problemas morales. Los principios han de ser por definición generales, y los conflictos éticos son concretos, particulares. Esto hace que siempre se haya considerado necesario establecer en el proceso de razonamiento ético un segundo momento, distinto del de los puros principios. Si éste es racional y a priori, el momento de particularidad se caracteriza por ser experiencial ya posteriori. Siempre ha habido que admitir ese segundo momento, que Aristóteles denominó *phrónesis*, prudencia, y que se caracteriza por tener en cuenta las consecuencias del acto o de la decisión. Por esto cabe decir que el razonamiento moral consta de dos pasos, uno principialista, deontológico y a priori, y otro consecuencialista, teleológico y a posteriori. El primero sirve para establecer las normas, y el segundo las excepciones a la norma.<sup>24</sup>

Un buen ejemplo de esto lo constituye el tema de la mentira, ya aducido anteriormente. En principio siempre hay que decir la verdad, pues de no hacerlo así estaríamos incumpliendo la norma de tratar a todos con igual consideración y respeto, y por tanto estaríamos obrando injusta y maleficentemente. A pesar de lo cual, todos somos conscientes de que no siempre podemos decir la verdad. Hay circunstancias que nos obligan a no decir toda la verdad, y a veces hasta a mentir. Éste es el caso de la clásicamente conocida como ``mentira piadosa``.

La mentira piadosa no puede justificarse más que como una excepción a la norma, impuesta por las circunstancias. Creemos que en esa situación concreta los males que se seguirían de decir la verdad son tales que se impone hacer una excepción.<sup>24</sup>

Este momento tiene una enorme importancia en ética médica. No en vano esta es una disciplina nacida para resolver situaciones particulares, y por tanto con vocación de convertirse en un procedimiento de toma de decisiones.<sup>25</sup>

Es por todo lo antes expuesto, que desde nuestro punto de vista coincidimos con los autores en que la ética médica orienta la conducta de los médicos hacia el bien, busca lo correcto, lo ideal y la excelencia.

## **Conclusiones.**

La palabra ética, del griego “ethos”, es uno de los pilares de la filosofía. Apunta al comportamiento moral de la persona en el mundo. Puede decirse que, en un modo amplio, resuelve la inquietud respecto a qué es lo bueno a hacer, y lo malo a evitar. En otro sentido, la bioética se vincula, como una parte de la ética, con un concepto más acotado hacia la vida en el medio ambiente, desde un punto de vista general, tanto humana, vegetal y animal.

En cambio, la ética médica une las normas de comportamiento adecuado, bueno o correcto, en el campo de la atención al hombre enfermo, como ente concreto.

Por todo lo anterior, cabe señalar que la excelencia del ejercicio médico se fundamenta en principios éticos. De las diversas teorías propuestas en las últimas tres décadas, destinadas a aplicar las normas para regular la investigación biomédica y aplicar los principios éticos a la práctica médica, son los principios de autonomía, beneficencia, no maleficiencia y justicia. En conclusión, la ética médica es la disciplina que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y que los cualifica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios y conscientes.

## **Referencias bibliográficas.**

- 1- Veatch RM. Medical Ethics. Second Edition. Jones and Bartlett Publishers, 1997.
- 2- Mason CS. Nature and Role of Codes and Other Ethic Directives. En Reich, W. Encyclopedia of Bioethics. 2a. ed. New York: The Free Press, 1995.

- 3- Sohl P, Bassford HA. Codes of Medical Ethics: Traditional Foundations and Contemporary Practice. SocSciMed 1986; 22: 1175-79.
- 4- Kottow, L. Introducción a la Bioética, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 2015:55.
- 5- Frese PR. Tradition. En Mircea, E. Encyclopedia of Religion. New York: Mc Millan Publishers Co., 2015
- 6- Baker RB. The American Medical Ethics Revolution. Baltimore: The John Hopkins University Press., 1999.
- 7- Gillon R. Medical Oaths, Declarations and Codes. British Medical Journal 1981; 290:1194-96.
- 8- Harris J. Bioethics. Oxford: Oxford University Press, 2017.
- 9- CIOMS: Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra, 2002 (Traducción por el Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile, 2003).
- 10- Tauber, Ricardo, Mariam Brian y Ricardo Etchegaray. ``El problema ético``. Filosofía y formación ética y ciudadana. A-Z editora. 2016. Pp. 139-143.
- 11- Alain Badiou. ``La ética. Ensayos sobre la conciencia del mal``. 2015.
- 12- Churchill L. Bioethics in the context social. En: Carson RA. Philosophy of Medicine and Bioethics. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2017.
- 13- Jonsen AR. The birth of Bioethics: A special supplement. The Hastings Center Report 1993; 23: s1-s13.
- 14- Pinto BJ, Guzmán F, Moreno SE. Deontología médica y bioética clínica: algunas consideraciones generales. Rev Médica, Sanitas 16 (2): 34-37, 2017.
- 15- Gracia D. Principios y metodología de la ética. Bioética para clínicos. Ed. Azucena Couceiro, Ed. Triacastela, 2015.
- 16- Pellegrino ED. The Metamorphosis of Medical Ethics: A 30-Years retrospective. Journal American Medical Association 1993; 269: 1158-63.
- 17- Tauber AI. Sick Autonomy. Perspectives in Biology and Medicine. 2018; 46(4): 484-95.
- 18- World Medical Association Inc. WMA Policy. Declaration of Helsinki 2000. Disponible en: [http://www.wma.net/e/policy/17-c\\_e.html](http://www.wma.net/e/policy/17-c_e.html) (Acceso: 4/10/2020)
- 19- Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall, 2016.

- 20- Organización Panamericana de la Salud. Carta de los Derechos del Paciente. En: Bioética: Temas y Perspectivas. México D.C.: OPS, 2017.
- 21-Ocampo MJ. (2001) La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. Ann Med Am Br Cow Hosp 2016.
- 22-Gonzales-Herrera N. Ejercicio de los principios de autonomía y beneficencia en el acto médico. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE 2017.
- 23- Fajardo-Ortiz G. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. Rev. Med IMSS (Mex.) 2016; 29: 55-9.
- 24- Pérez, ME, Pérez, A. Fundamentar la Bioética desde una perspectiva nuestra. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 2008:33-34.
- 25- Acosta, JR, González, MC. El escenario posmoderno de la Bioética. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 2014.