

Edmund Pellegrino: moralidad médica y la teoría del consenso moral

Ivan Dieb Miziara¹, Carmen Silvia Molleis Galego Miziara²

Resumen

Los autores presentan y comentan las ideas de Edmund Pellegrino, bioeticista nacido en New Jersey, Estados Unidos, acerca de la existencia de una moralidad interna de la medicina, relacionada con el fin inherente al arte médico, es decir, la cura del paciente, así como sobre la existencia de una moralidad externa a la medicina, que se relaciona con todos los demás aspectos de la actividad médica, cuyo propósito final no sea la cura del paciente. Presentan también los comentarios de otros eticistas, en contra o a favor de los argumentos presentados por Pellegrino, y comparan aspectos de la mencionada moralidad externa con la teoría del consenso moral desarrollada anteriormente por los autores.

Palabras clave: Ética médica. Consenso. Principios morales. Medicina. Bioética. Eticistas.

Resumo

Edmund Pellegrino: moralidade médica e a teoria do consenso moral

Os autores apresentam e comentam as ideias de Edmund Pellegrino, bioeticista nascido em New Jersey, Estados Unidos, acerca da existência de moralidade interna à medicina, relacionada ao fim inerente à arte médica, ou seja, a cura do paciente, assim como a moralidade externa à medicina, que diz respeito a todos os outros aspectos da atividade médica cujo propósito final não seja a cura do paciente. Apresentam também os comentários de outros eticistas, contra ou a favor dos argumentos apresentados por Pellegrino, e comparam aspectos da referida moralidade externa à teoria do consenso moral desenvolvida anteriormente pelos autores.

Palavras-chave: Ética médica. Consenso. Princípios morais. Medicina. Bioética. Eticistas.

Abstract

Edmund Pellegrino: medical morality and moral consensus theory

The authors present and comment on the ideas of Edmund Pellegrino, a bioethics specialist born in New Jersey - USA, regarding the existence of a morality intrinsic to medicine, related to the inherent goal of the medical art, that is, the cure of the patient, as well as the existence of a morality external to medicine, which concerns all other aspects of medical activity whose ultimate purpose is not the cure of the patient. The authors also present the comments of other ethicists, for or against the arguments presented by Pellegrino, and compare aspects of this external morality to the moral consensus theory previously developed by the authors.

Keywords: Ethics medical. Consensus. Morals. Medicine. Bioethics. Ethicists.

1. **Doutor** miz@uol.com.br – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP 2. **Doutora** carmen.miziara@hc.fm.usp.br – Faculdade de Medicina do ABC, Santo André/SP, Brasil.

Correspondência

Ivan Dieb Miziara – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César CEP 01246-903. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Edmund Pellegrino, bioeticista cuyos escritos estuvieron muy influenciados por los filósofos griegos Aristóteles y Platón, siempre fue un pensador de la ética y, particularmente, de la ética inherente a la práctica médica. En realidad, su gran búsqueda – en el transcurso de una carrera dedicada a escudriñar los diversos niveles de moralidad presentes en las relaciones entre médicos y pacientes –, fue establecer fundamentos para la existencia de la hipotética filosofía de la medicina. Además, Pellegrino siempre estuvo interesado en la resolución de conflictos morales. En sus palabras: *El discurso ético fue alterado por Kant, Mill, Hume y Bentham, que modificaron el foco primario de cómo una persona buena debe actuar para focalizarse en cómo resolver conflictos morales expresados en elecciones morales difíciles*¹.

Moralidades

En el terreno de la moralidad propiamente dicha, Pellegrino echó mano en algunos de sus estudios^{2,3} de una construcción teleológica (en el sentido aristotélico-tomista) para establecer que la medicina posee dos formas de moralidad. La primera de ellas es la que denominó “moralidad interna”, aquella que deriva de los propios fines que el médico debe perseguir en relación al paciente. Fundiendo el concepto aristotélico de “bueno” (es decir, aquello que cualquier forma de arte o actividad práctica debe perseguir) con el concepto platónico de que la salud es innegablemente un bien a ser perseguido por la práctica médica, el autor propuso que la naturaleza de la actividad médica, *sus virtudes y beneficios son definidos como fines de la medicina en sí mismos*⁴.

Pellegrino sostiene que la finalidad de la medicina – curar – determina las virtudes y las obligaciones del profesional de salud (es decir, el fin mismo de la medicina es que determina internamente toda la ética que orienta la práctica médica). Afirma que convertir o asimilar la medicina a otros fines – por ejemplo, económico – es transformarla y pervertirla. Cualquier otra finalidad además de la cura es externa a la medicina⁴. Desde el punto de vista ortodoxo, se podría decir que este es el concepto hipocrático clásico de las obligaciones a las que el médico está sujeto en el ejercicio de su arte.

El concepto de que la moralidad interna a la medicina sea aceptable solo por el hecho de que así lo dijeron la tradición o las costumbres durante siglos o de que es sancionado por las asociaciones médicas es criticado por Pellegrino⁵. Éste insiste en que cualquier moralidad interna a la práctica

médica debe ser fiel a la finalidad verdadera del arte – curar – y sugiere *la reconstrucción de la moralidad médica como la interacción de tres facetas de la relación médico-paciente – el hecho de la enfermedad; la acción del profesional; y la acción buena o mala para un paciente*¹.

Como afirma Tom Beauchamp⁶, para Pellegrino el médico puede igualmente tener objetivos y propósitos en la práctica médica que no estén formalmente anudados al “propósito final” de la profesión. No obstante, considera a esos objetivos como *externos*, siendo que las órdenes de no resucitar, el aborto, las evaluaciones psiquiátricas con fines forenses, las autopsias, la circuncisión, y la racionalización del uso de sistemas de soporte de vida en una unidad de terapia intensiva podrían ser ejemplos de su pensamiento. Es decir, como los ejemplos dados – y demás situaciones análogas – no siempre están acoplados a la cura, objetivo final de la medicina, serían entonces fines “externos” a la práctica médica.

No obstante, Pellegrino⁵ en ocasiones parece creer, tal vez forzado por las circunstancias que condicionan la evolución de los conceptos éticos, que por lo menos un paradigma externo a la medicina – la beneficencia – también forma parte de todos los paradigmas internos a la profesión. Para el autor, los médicos modernos tienen cierta dificultad en relación con el principio de respeto a la autonomía del paciente, pues “erróneamente interpretan como estando en oposición a la beneficencia”⁷.

Beneficencia: ¿paradigma externo o interno a la medicina?

Para Beauchamp, la beneficencia es un paradigma externo a la medicina⁸, mientras que en la visión de Pellegrino ésta es un paradigma interno (énfasis nuestro) a la práctica médica, exclusivamente orientada a la cura del paciente. Obviamente, se trata de una simplificación del concepto de beneficencia, limitando lo que se pueda considerar realmente benéfico para el paciente – que, en la concepción de Pellegrino, no incluiría, para citar solo dos ejemplos recogidos por Beauchamp⁶, acciones médicas como el control de la reproducción o la eutanasia.

Esta simplificación es la parte más importante del concepto ético de Pellegrino. Sin embargo, como se ve, es también su “talón de Aquiles”. Tomando a la beneficencia como principio moral central de la práctica médica y asumiendo que los médicos tienen la obligación de proveer las diversas formas de beneficio a sus pacientes, no existe otra razón moral para

que estén impedidos de realizar acciones cuyo único fin sea beneficiar al paciente. De esta forma, tanto los pacientes como la sociedad pueden encarar el control de la reproducción, el suicidio asistido, el aborto, la esterilización y otras áreas de la práctica médica como beneficios importantes para los pacientes que los médicos tienen el deber de proporcionar.

Nótese que ninguna de las prácticas citadas puede encajar en el concepto pellegriniano de cura del paciente. Además, existen factores culturales y religiosos involucrados en estas cuestiones – lo que algunos pueden abordar como “cura” puede estar para otros terminantemente prohibido o ser inaceptable por motivos religiosos o morales. Aun así, volvemos a subrayar, la cuestión central en esta contradicción reside en el hecho de que Pellegrino aborda la cura como una esencia del arte médico. Como afirma Beauchamp, *no creo que sea posible precisar en ese modelo, o en cualquier modelo, dónde termina la medicina y dónde comienzan las actividades no médicas*⁸.

Este concepto de “cura” basado en la visión de la enfermedad, muy en boga entre legos e incluso en las facultades de medicina, no provee límites precisos para lo que es la medicina. Desde los tiempos de Hipócrates, que enunció “curar a veces, consolar siempre”, el concepto es vago, lo que subyuga esa visión limitadora de la beneficencia solo como cura – principalmente en una sociedad plural como en la que vivimos en esta era de globalización cultural.

Es una visión limitadora también porque no toma en cuenta diversas actividades de la práctica médica que pueden traer beneficios a los pacientes, en tanto individuos, y a la sociedad como un todo. Como ejemplos, se puede citar la suspensión de tratamientos fútiles y dañinos, ejecución de decisiones previas a la internación (como el derecho a no ser reanimado), alivio del dolor y del sufrimiento en situaciones de cuidados paliativos, etc.⁹.

Medicina como actividad neutra

Brody y Miller¹⁰ también critican la postura de Pellegrino y postulan que la medicina no es una actividad neutra sino, más bien, comprometida moralmente con reglas propias, las cuales se derivan de los objetivos específicos del arte, de los deberes y de las virtudes propias de los profesionales que la practican. En otras palabras, se desprenden de la *moralidad interna de la medicina, a la cual los médicos deben adherir*, como afirma Beauchamp¹¹.

Así, la integridad, por ejemplo, es una virtud característica de la profesión, enfatizada por la

convivencia social que, al decir de Brody y Miller¹⁰, orienta la expresión individual del médico. En nuestro medio, aún en el siglo XX, Flaminio Fávero explicaba esta cuestión con sabia propiedad:

*El médico, en el seno de la colectividad, debe estar orientado por los principios de la ética general y particular, como hombre, (...) pero, a partir de su investidura profesional es forzado a subordinarse igualmente a un conjunto de preceptos modelados por la característica especial del propio ejercicio de su actividad e instituidos tácita o expresamente, a la sombra del sentido común o, mejor, del buen sentido, de la razón y del orden. Estos preceptos se refieren a las relaciones del médico consigo mismo, con los clientes, con los colegas y con la sociedad*¹².

No obstante, a pesar de reconocer la incorporación de esas virtudes a la práctica médica, Beauchamp contrapone que *una moralidad interna a la medicina particularmente puede no ser amplia, coherente o incluso moralmente aceptable. La tradición y los paradigmas profesionales no son garantía de una adecuación moral mínima*¹¹, afirma. Por eso mismo, Brody y Miller¹⁰ distinguen las normas morales apropiadas para la medicina de aquellas recomendaciones dogmáticas y no sistemáticas encontradas en muchos códigos profesionales de ética médica.

Estos autores¹⁰ argumentan que, en líneas generales, la práctica médica presenta contornos no siempre bien definidos y que puede ser socialmente controversial en muchas oportunidades. Esto implica que la moralidad interna de la medicina no es lo suficientemente amplia como para abarcar la evolución social: *incluso el cimiento de la moralidad médica debe ser cuidadosamente reevaluado y reconstruido de tiempo en tiempo, y esa reconstrucción debe ser realizada por personajes que viven en la sociedad moderna, que están inevitablemente influenciados por los valores sociales vigentes y por el modo en que la historia es interpretada*¹³.

Además, esa misma moralidad interna muchas veces es cuestionada en su origen. Robert Veatch¹⁴ afirma la necesidad de revisar viejos conceptos hipocráticos y códigos escritos por organizaciones médicas profesionales para verificar la autoridad de los profesionales para establecer normas morales legítimas para su grupo profesional. A esto le agregamos nuestra interpretación¹⁵ de que la moralidad interna de la medicina es incluso reevaluada de tiempo en tiempo. No obstante, la forma en que esa reevaluación y reestructuración es realizada depende de un “consenso moral” establecido por los diferentes componentes de la sociedad en la que los médicos viven y de la correlación de fuerzas políticas entre ellos.

Tanto la tesis de Brody y Miller¹⁰ como nuestra teoría¹⁵ del “consenso moral” (término que ya podría haber sido visto en la obra de Jonsen, Siegler y Winslade¹⁶) llevan a la legitimación de la influencia de paradigmas externos sobre la moralidad médica.

Brody y Miller¹⁰ defienden que la moralidad interna de la medicina debe ser reevaluada o reconstruida de acuerdo con las demandas de la sociedad moderna. Los autores especulan que incluso la práctica del suicidio asistido por el médico puede ser compatible con la moralidad interna de la medicina, aunque la tradición médica condene esa actividad de forma enfática. Ellos afirman: *los médicos de hoy (legítimamente) concluyen que muchas cosas cambiaron desde el tiempo de Hipócrates (...) y en la reconstrucción de la moralidad interna de la medicina, en ciertas circunstancias definidas, pueden ser permitidas*¹³.

La beneficencia de acuerdo con la perspectiva analizada

Esta es una cuestión que, en último análisis, coloca nuevamente en jaque la certeza del principio de la beneficencia como piedra de base de la moralidad interna de la práctica médica o, simplificando, de aquello que se cree es un beneficio para el paciente. Como dice Robert Veatch¹⁷, la comprensión del beneficio puede cambiar conforme a la perspectiva analizada. El beneficio objetivo, para el autor, es aquel verdadero independientemente de quien realiza el acto, en tanto el subjetivo sería variable y estaría basado en el entendimiento de quien practica la acción.

Por lo tanto, existe una divergencia de opiniones acerca del juicio de valor entre lo que vaya a ser un acto bueno o causante de daño. En la visión de Veatch¹⁷, la subjetividad debe ser tomada en consideración y el acto bueno puede ser definido como *aquello deseado por quien realiza el acto o preferido por quien realiza ese acto*¹⁸.

Desde el punto de vista utilitarista es necesario entender lo que es un buen resultado. *Debemos hacerlo intentando eliminar, o al menos neutralizar, sesgos y perspectivas especiales al decidir lo que podría ser un buen resultado*¹⁹. Una posibilidad, para Veatch¹⁷, sería el consenso establecido por varias personas y no la opinión de un único médico sobre lo que sería un buen resultado. Así, la consideración médica debe estar integrada a la participación del paciente y/o de otras partes implicadas en el proceso¹⁴.

De modo general, tanto las tesis de Brody y Miller¹⁰ como los conceptos de Veatch^{14,17} y sus líneas argumentativas excluyen más de lo que crean

soportes para la existencia de la moralidad interna de la medicina. Efectivamente, estos autores admiten que los paradigmas internos de la moralidad médica pueden ser volátiles y subjetivos, mientras que algunos paradigmas externos pueden ser, como afirma Beauchamp, *profundos y esenciales*²⁰. Es de notarse que, como quieren Brody y Miller¹⁰, la reconstrucción de la moralidad médica para adaptar el suicidio asistido no deberá contar con el apoyo de los paradigmas internos de la moralidad médica.

Aunque sea una situación bastante compleja, la asistencia del médico al suicidio de un paciente en fase terminal no debería ser juzgada como inmoral, sino entendida como algo que va al encuentro de lo que se espera del cuidado médico. Esta decisión debe, por lo tanto, ser considerada una alternativa flexible a los cuidados recomendados y ampliamente discutida en todos sus aspectos²¹.

Teoría del consenso moral

La visión de Wanzer y colaboradores²¹ se acerca bastante a nuestra teoría del consenso moral, desarrollada inicialmente para pensar cuestiones relativas a la legalización del aborto y de la eutanasia en nuestro medio. Así como afirmamos con relación al consenso moral, los mayores cambios en los aspectos morales de la práctica médica (en Brasil y en el mundo) que tuvieron lugar en el último cuarto del siglo XX resultaron de presiones realizadas por la sociedad o por grupos sociales mayoritarios presentes en el debate ético¹⁵. Para Wanzer y colaboradores, las alteraciones en el comportamiento social en relación con el derecho a morir del paciente muchas veces se anticipan a las actitudes de los legisladores y de los tribunales, así como a las de los prestadores de salud²¹.

Las necesidades específicas de la comunidad y, por lo tanto, intrínsecas a la moralidad médica tradicional, motivaron los cambios en las normas de conducta dirigidas a los médicos (como el respeto a la autonomía y a la dignidad de las personas, la no utilización de medios fútiles de prolongación de la vida, la obtención del consentimiento de los participantes de investigaciones, etc.). En otras palabras, un consenso moral desarrollado en el seno de determinado grupo social, motivado por necesidades específicas de aquella comunidad, es capaz de alterar de forma dinámica la moralidad interna de la práctica médica en aquella sociedad.

Para Charlotte Paul²², la moralidad interna tiene por base el comportamiento esperado del profesional médico durante sus actividades diarias. Esa

adecuación del comportamiento profesional es aprendida y compartida con otros profesionales, no siempre de forma escrita. Por otro lado, la moral externa sería el reflejo del *ethos* de la sociedad en general²³.

Para Beauchamp, la moralidad externa tiene un papel primordial en esa dinámica: *la conclusión de ese hecho no es que un conjunto de normas de la moralidad interna desarrollada por y para los médicos sea inconsecuente, sino solo que esta moralidad no es autojustificada por sus normas internas*²³. El autor completa preguntando *¿qué paradigmas externos, si es que existen, explican y justifican cambios en la moralidad médica?*²³. Según esta perspectiva, y reforzando la tesis de Paul²², la influencia de la sociedad en cuanto al aspecto de la opinión pública, de leyes, de instituciones religiosas y de la propia ética filosófica es una incontestable fuente de moralidad externa⁶. O incluso, agregamos, reflejan cuestiones aún no contempladas por un análisis moral consensual como, por ejemplo, los ya mencionados casos del aborto y la eutanasia¹⁵.

En este aspecto, Beauchamp⁶ refuerza la idea de que existe una tercera forma de abordaje que incorpora elementos tanto de lo que éste denomina “internalismo” como del “externalismo”. De esta forma, existe flexibilidad entre compromisos morales tradicionales y modernos, adaptados de acuerdo con las diversas culturas, personas y grupos. Considera que un pluralismo moral secular intratable permea el mundo moderno, haciendo que los compromisos morales sean implementados de diferentes formas en diversas culturas y grupos (y hasta en decisiones individuales).

Así, cada comunidad o grupo ofrece a la medicina patrones externos que pueden influenciar su finalidad universal y cómo servirá a los pacientes y al público. *Estos patrones externos son incorporados a la moralidad interna de la medicina en determinada cultura*, afirma Beauchamp²⁴. En otras palabras, se puede deducir que los estándares morales de determinada cultura son incorporados gradualmente a la moralidad interna de la medicina, modificándola con la evolución del pensamiento inherente a aquel *corpus* social.

Este concepto, también muy semejante al nuestro de consenso moral¹⁵, fue mejor desarrollado por Engelhardt y Wildes²³. En la visión de Beauchamp⁶, no obstante, las ideas de estos autores (así como las nuestras) fallan al no reconocer que incluso en culturas diferentes (como el judaísmo ortodoxo, el catolicismo romano o el hinduismo) los fines de beneficencia del arte médica permanecen iguales. Otros críticos acusaron a los mismos autores de haber elaborado una teoría política, y no filosófica/

moral. Esta acusación, que también sufrimos, a nuestro modo de ver es realizada de forma errónea. Esto porque el hecho de incorporar elementos culturales a las influencias sufridas por la moralidad externa de la medicina es una conclusión obvia del proceso de asimilación y no disminuye en nada su concepción inicial de cómo se da esa “internalización” de patrones externos de la moralidad médica.

Reconocemos, finalmente, que la primera crítica formulada por Beauchamp (esto es, de que incluso en diferentes culturas y grupos sociales los fines de la medicina permanecieron bastante semejantes) introduce un cuestionamiento importante acerca de la verdadera fuerza de la “moralidad externa” sobre la “moralidad interna” de la medicina, y muestra solo cierta contradicción latente en las ideas de Engelhardt y Wildes²³ y en nuestra teoría del consenso moral¹⁵. Finalmente, si diferentes grupos socioculturales, de un modo u otro, mantienen una visión similar de los fines de la medicina, sería posible deducir que tal vez esas influencias externas no sean tan importantes, sino meramente puntuales y específicas en determinados casos y situaciones.

Por otro lado, consideramos que de ningún modo esa crítica invalida las ideas de Engelhardt y Wildes²³ o las nuestras¹⁵. Al contrario, solo las refuerza, dado que no estamos tratando específica y aisladamente de la moralidad interna a la medicina, y sí de cómo los factores que forjan la moralidad externa a la práctica médica terminan siendo incorporados a su moralidad interna, asumiendo así el carácter de beneficencia al paciente o, en otras palabras, de buen acto – teniendo en cuenta el resultado favorable esperado y obtenido por el paciente.

Explicando mejor: suponiéndose que el aborto o la eutanasia sean incorporados, en determinado grupo social, a la moralidad externa de la medicina y, por consiguiente, a la moralidad interna de la práctica médica en este grupo social, de inmediato esas acciones pasarán a ser vistas como actos buenos ejecutados en beneficio de los pacientes.

Este es un punto neurálgico que surge en el seno de las cuestiones morales de nuestro tiempo. La implementación de prácticas médicas abolidas durante mucho tiempo en grupos sociales depende de cambios en la moralidad externa a la medicina. Y las alteraciones en esa moralidad externa, e incluso en el concepto que se pueda tener de “beneficencia”, o de lo que sea actuar en beneficio del paciente, o de lo que sea un acto bueno, depende de una correlación de fuerzas morales que se cruzan en el interior de una sociedad culturalmente heterogénea, en la que la visión predominante es influyente.

Consideraciones finales

De este modo, tal vez estemos, al fin y al cabo, obligados a acordar con la visión aristotélica de Pellegrino de que la medicina, por ser un arte eminentemente práctico, carga sus fines sobre sí misma, exigiendo de su practicante tan solo la virtud kantiana esencial de actuar siempre colocando al paciente como fin y jamás como medio. Esto implica practicar la medicina procurando solo el

beneficio de aquel que sufre y, nunca está de más repetir, con su consentimiento previo²⁵. Visto desde este ángulo, concluimos que la óptica pellegriniana, a pesar de las diversas críticas, como aquellas que citamos anteriormente, se mostró siempre más dinámica de lo que sugería de inicio, y más complejo de lo que muchos podrían suponer. Además, parece claro que hay puntos coincidentes entre la visión de Engelhardt y Wildes, nuestra teoría del consenso moral y aquello que Pellegrino define como moralidad externa a la medicina.

Referências

1. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Christian virtues in medical practice. Washington: Georgetown University Press; 1996. p. 8-9.
2. Pellegrino ED. The healing relationship: the architectonics of clinical medicine. In: Shelp EE, editor. The clinical encounter: the moral fabric of the patient-physician relationship. Dordrecht: Springer; 1983. p. 153-72.
3. Pellegrino ED. The philosophy of medicine reborn: a Pellegrino reader. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 2008. p. 63
4. Pellegrino ED. Op. cit. 2008. p. 66.
5. Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics: a 30-year retrospective. *Jama*. 1993;269(9):1158-62.
6. Beauchamp TL. Internal and external standards for medical morality. *J Med Philos*. 2001;26(6):601-19.
7. Pellegrino ED. Op. cit. 1993. p. 1160.
8. Beauchamp TL. Op. cit. p. 603.
9. Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988. p. 7-8.
10. Brody H, Miller FG. The internal morality of medicine: explication and application to managed care. *J Med Philos*. 1998;23(4):384-410.
11. Beauchamp TL. Op. cit. p. 605.
12. Fávero F. Medicina legal. 9ª ed. São Paulo: Livraria Martins; 1973. p. 5.
13. Brody H, Miller FG. Op. cit. p. 397.
14. Veatch RM. Hippocratic, religious, and secular medical ethics: the points of conflict. Washington: Georgetown University Press; 2012. p. 4.
15. Miziara ID, Miziara CS. Moral consensus theory: paradigm cases of abortion and orthothanasia in Brazil. *Indian J Med Ethics*. 2013;10(1):58-61.
16. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Clinical ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 7ª ed. New York: McGraw Hill; 2010.
17. Veatch RM. The basics of bioethics. 3ª ed. New York: Routledge; 2012. p. 47.
18. Veatch RM. Op. cit. p. 48.
19. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. Op. cit. p. 17.
20. Beauchamp TL. Op. cit. p. 606.
21. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, Cassel CK, Cassem EH, Cranford RE *et al*. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients: a second look. *N Engl J Med*. 1989;320(13):844-9.
22. Paul C. Internal and external morality of medicine: lessons from New Zealand. *BMJ*. 2000;320:499.
23. Engelhardt HT, Wildes KW. The four principles of health care ethics and post-modernity: why a libertarian interpretation is unavoidable. In: Gillon R, editor. Principles of health care ethics. London: Wiley; 1994. p. 135-48.
24. Beauchamp TL. Op. cit. p. 609.
25. Miziara ID. Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(4):312-5.

Participación de los autores

Ambos autores participaron de la concepción del proyecto, el diseño del estudio, la recolección bibliográfica, la elaboración del texto y de su formato.

