

ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN¹

DRA. CARMEN PAZ ASTETE² Y DR. GUSTAVO FIGUEROA³

En la práctica de la Medicina, la prescripción juega un rol trascendental. Los profesionales les prescriben a sus pacientes o personas que los consultan estudios y exámenes de diferentes tipos, tratamientos farmacológicos, kinésicos, cirugías, reposo, conductas y estilos de vida saludable.

Según la definición de la Real Academia Española, la palabra *precepto* significa “cada una de las instrucciones o reglas que se dan o establecen para el conocimiento o manejo de un arte o facultad”.

Nos preguntamos qué debe entender el paciente cuando se le hace una prescripción en el ejercicio de las profesiones de la salud, ¿se trata de una orden?, ¿sólo una indicación?, ¿como una sugerencia?, ¿como una opinión del profesional? Aunque algunas de estos conceptos son similares entre sí, es importante considerar que la conducta que adopte el paciente será dependiente de la interpretación que él le dé a esta prescripción. Adherir en forma inmediata y rigurosa a una indicación médica será muy importante en el caso de una enfermedad que requiera un tratamiento curativo en forma oportuna como sería un tratamiento antibiótico para una infección o una cirugía para un cuadro agudo, y no tan trascendente cuando se busca un cambio de estilo de vida para prevenir enfermedades futuras o cuando se indica reposo como coadyuvante en la recuperación de una enfermedad en que el tratamiento básico sí es bien seguido.

La prescripción es un acto científico-técnico y como toda acción humana es también un acto moral que implica una toma de decisión en condiciones de libertad con múltiples consecuencias. Lo que se busca con esta acción es un beneficio para el paciente para lo cual debemos hacer las cosas bien. Como dice Diego Gracia, para hacer las cosas bien no bastan los impulsos naturales, es necesario razonar, de modo no puramente teórico o especulativo sino práctico, ponderando las circunstancias del caso y analizando sus consecuencias lo que nos llevará a tomar decisiones prudentes.

Desde la filosofía, se ha hecho una diferencia entre ética y moral. Ética es la disciplina que indaga reflexiva y teóricamente sobre la experiencia del deber y sobre el fundamento de las normas que se extraen de ella para orientar nuestras acciones, las preguntas de la ética son ¿por qué debo? ¿qué es el bien? Por su parte la moral es la reflexión sobre lo práctico y concreto, la pregunta en este caso es ¿qué debo hacer en esta situación concreta? La necesidad de dar respuestas concretas a los importantes

1 Taller realizado en el Cuarto Seminario de Bioética Clínica. Academia Chilena de Medicina. 01 de septiembre de 2014.

2 Centro de Bioética. Facultad de Medicina CAS. Universidad del Desarrollo.

3 Departamento de Psiquiatría Universidad de Valparaíso.

conflictos morales actuales, derivados de la gran evolución social, científica y tecnológica, ha generado el nacimiento de las llamadas éticas aplicadas. La Bioética ha sido una de las primeras en emerger y posteriormente se han desarrollado diferentes éticas aplicadas como la ética de las comunicaciones, la ética empresarial, la ética ambiental y otras.

La Bioética tiene en cuenta los principios, los valores y las metas que dan sentido al quehacer, preocupándose además de las consecuencias de los actos poniendo en el centro siempre el imperativo categórico Kantiano: "obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca sólo como un medio"

Cuando hablamos de prescripción en Medicina podemos distinguir claramente tres principales áreas de problemas éticos:

1. La responsabilidad del clínico en la prescripción
2. La relación del prescriptor con la administración de las instituciones en que se desempeña
3. La relación con la industria farmacéutica, tanto del propio prescriptor como de las instituciones.

La prescripción que realiza el médico clínico o cualquier otro profesional de la salud debe ser la resultante de una clara orientación diagnóstica y estimación del pronóstico, la evaluación acuciosa de otros tratamientos que esté recibiendo el paciente y de las eventuales interacciones con ellos y, por último y no menos importante, la consideración de la voluntad, capacidad y posibilidad del paciente para utilizar los fármacos o seguir las recomendaciones que se le indican.

La prescripción de tratamientos debe realizarse bajo una condición de calidad para lo cual es necesario que sea un proceso deductivo racional basado en una información completa y objetiva. No debe ser un acto instintivo ni rutinario ni debe ceder a la presión comercial.

El Colegio Médico de Chile, en relación a la ética de la prescripción médica declara que el médico es el primer y último responsable de la prescripción mediante la firma de una receta o de una orden de examen o de tratamiento.

A través de las indicaciones el médico maneja una enorme cantidad de recursos económicos. La prescripción ya sea de exámenes, medicamentos o reposo, significa un desembolso de recursos para el paciente, el estado o las aseguradoras de salud. Por lo tanto, cada indicación que no esté fundamentada en un real beneficio para el paciente es un acto que va en perjuicio del bien común. Bien sabido es que, en todos los lugares del mundo, los recursos destinados a la protección de la salud de la población no logran nunca ser suficientes como para cubrir todas las necesidades que existen y es por ello que los profesionales de la salud tienen una gran responsabilidad ética. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud el gasto per cápita en salud expresado en dólares en Chile en el año 2000 fue de 768 dólares el que aumentó a 1209 dólares en el año 2009, es decir un aumento del 70%. Sin embargo el aumento del costo de la

vida en el mismo período fue sólo de alrededor de 40%. Esta cifra no se refleja en el porcentaje del PIB debido al aumento del ingreso per cápita del país en este decenio.

Cuando restringimos nuestro análisis al uso de fármacos sabemos que el mal uso tiene consecuencias sociales, económicas y para el enfermo. Realizar una prescripción de calidad exige médicos bien formados y bien informados. La industria farmacéutica tiene la responsabilidad de informar bien a los médicos, más que de convencerlos o “incentivarlos”. Los médicos por su parte son responsables de recibir la información con una actitud crítica objetiva.

El deber ético del médico es procurar la máxima calidad de sus actos profesionales sin eludir la dimensión económica de sus decisiones.

Eficacia, efectividad y eficiencia son tres conceptos fundamentales en la prescripción de medicamentos que no se deben confundir y que se deben considerar a la hora de tomar decisiones. La eficacia se refiere a la respuesta favorable de los sujetos a un tratamiento determinado bajo óptimas condiciones. La efectividad es la respuesta que se obtiene en condiciones reales y eficiencia es obtener el mejor resultado al menor costo posible. La buena prescripción será aquella que es *eficiente*, que combina eficacia, seguridad, conveniencia para el paciente y costos. El prescriptor de calidad es aquel que realiza un buen balance riesgo-beneficio.

La buena prescripción además es aquella que es capaz de hacer la diferencia entre lo que es un tratamiento indicado y el tratamiento de elección para cada paciente en particular.

Fundamental en este terreno es reconocer todo aquello que no está indicado. Lo no indicado siempre será maleficente ya que el balance riesgo beneficio se inclinará de todas maneras hacia los riesgos más que a los beneficios. Los médicos por lo tanto nunca deben indicar lo que no está indicado ni tampoco los pacientes pueden solicitar aquello que no está indicado.

Si bien los profesionales de la salud que tienen autoridad para prescribir deben tener libertad en su accionar, esta libertad debe estar condicionada por una reflexión sobre el impacto económico de las decisiones. A su vez los sistemas públicos de salud deben velar porque el uso de los recursos sea justo y racional, y por lo tanto, respetando la libertad del profesional, las autoridades tienen el deber de poner límites, restricciones y orientaciones a la labor del médico. Las autoridades de las instituciones y los profesionales de salud deben trabajar juntos con la convicción y el propósito de mantener la buena calidad de atención manteniendo el gasto en medicamentos y otros aspectos del cuidado de la salud dentro de márgenes razonables.

La prescripción de medicamentos y las evaluaciones diagnósticas son actos que deben estar condicionados principalmente por criterios terapéuticos sin dejar de lado los criterios económicos y adicionando el raciocinio y participación de los criterios científicos.

El uso de Placebos, preparados farmacológicamente inactivos o que su función no se relaciona con la patología que se está tratando, se fundamenta en la búsqueda de producir beneficios de salud, fisiológicos o psicológicos que se producen por un tratamiento que no debería tener ningún efecto. Si bien no se puede negar que el efecto psicológico es muy beneficioso para el paciente en muchas ocasiones, este uso debe ser muy prudente y moderado ya que no siempre el uso de placebos es inocuo y el costo económico es difícil de justificar. Los ejemplos de su uso en la práctica clínica son múltiples: antibióticos para infecciones virales, antiinflamatorios para el cansancio, vitaminas para estimular el apetito, Magnesio para el stress, medicamentos de efecto no comprobado para adelgazar, etc. El fomento de la medicina basa en la evidencia procura que el objetivo de la prescripción sea el adecuado.

La OMS ha definido el uso racional de los medicamentos como “la prescripción del más adecuado, la disponibilidad oportuna del mismo, un precio asequible, su dispensación en condiciones debidas y su utilización por el paciente en los intervalos y tiempos prescritos”.

Como se ha dicho, una condición para ser buen prescriptor es manejar información de calidad. La información de calidad se puede obtener de distintas fuentes que el profesional debe conocer y saber discriminar como instancias confiables de información. Se encuentran dentro de estas condiciones

- El criterio expresado por un manual de la especialidad correspondiente
- Publicaciones en una revista de prestigio que ha pasado un proceso de control de calidad por expertos revisores imparciales.
- La publicación de una revisión realizada por un experto en la materia.
- Protocolos elaborados por experto del entorno, de reconocida solvencia científica, que son el fruto de una revisión y que han sido en general sometidos a debate en una sesión científica del propio equipo
- Consensos de organizaciones científicas independientes.
- Informes de la administración de salud.

Un informe de un grupo de trabajo de Estados Unidos elaboró una escala de calidad de la evidencia de la eficacia de los medicamentos la que estipula que en orden de mayor a menor evidencia los estudios se clasifican de la siguiente manera:

- I. Ensayo clínico aleatorizado
- II-1 Ensayo clínico con grupo control sin distribución aleatoria
- II-2 Estudios de cohorte o de caso-control
- II-3 Evidencias de series y resultados sorprendentes en experiencias no controladas
- III. Opiniones de expertos y documentos institucionales.

ACTORES Y FACTORES EXTERNOS QUE INCIDEN SOBRE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

El Comité permanente de médicos Europeos ha resaltado que no se debe obviar que existen actores adicionales al propio prescriptor (médico, odontólogo, o matrona) que inciden en la prescripción. La administración de los Servicios de Salud se encarga de definir las normas de tratamiento, la justificación para la implementación de una u otra técnica de diagnóstico y adquisición de medicamentos de acuerdo a evidencias científicas, necesidades de la población objetivo y posibilidades económicas del establecimiento o sistema de salud en general lo que debe ser una decisión que se toma respetando la Justicia y la no discriminación, haciendo una elección razonable y razonada. Esto pone límites de hecho a las posibles prescripciones.

Un segundo factor adicional al prescriptor es la Industria Farmacéutica la que de acuerdo a sus intereses y políticas fabrica, pone precios y distribuye los medicamentos. Por último, los pacientes definen su posibilidad de seguir o no una indicación médica tal o cual, su realidad médica con o sin patologías intercurrentes condicionan la prescripción que se debe hacer y el pronóstico de vida o calidad de vida harán que un tratamiento indicado por norma no sea el tratamiento de elección. Las condiciones físicas, económicas y sociales también jugaran un rol importante en la elección de una prescripción determinada.

La conclusión general de este grupo de trabajo ha sido que una buena prescripción por lo tanto requiere de: Formación, Información y Condiciones de trabajo.

Para reducir costos en la indicación de medicamentos es necesario recurrir a alternativas terapéuticas. Esta alternativa se puede encontrar hoy en los medicamentos genéricos. Sin embargo el criterio científico para el uso de esta alternativa es que estos medicamentos genéricos deban tener su probada su efectividad a través de estudios de bioequivalencia. La eficacia de estas alternativas debe ser una preocupación de las autoridades sanitarias de modo que se puedan utilizar con seguridad y sin riesgos para la población. Si no existe un eficiente control de la eficacia de las alternativas terapéuticas la confianza de los profesionales y la población se verá afectada y el control de gastos será más complejo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Cualquier prescripción puede enfrentar al profesional a un conflicto de interés. ¿Es conveniente para mantener la fidelidad del paciente indicarle un reposo por causa no médica, o solicitar un examen porque la institución a la que pertenezco se beneficia con mayores ingresos o indicar medicamentos de mayor valor porque la industria farmacéutica ofrece incentivos? Son algunas de las situaciones a las que los profesionales se ven enfrentados diariamente. El conflicto de interés se genera cuando en un proceso de decisiones existen intereses secundarios que pueden determinar acciones alejadas de los intereses profesionales primarios. Sin embargo es muy importante aclarar que un conflicto de interés no necesariamente genera un desenlace incorrecto desde el

punto de vista ético, pero se debe estar atento a su presencia ya que se incrementa la posibilidad de tomar decisiones en contra de la ética.

Los principales conflictos de interés se dan en las siguientes situaciones:

El médico como clínico y como investigador a la vez. Como clínico el profesional busca el bien del paciente, como investigador busca autorrealización, y satisfacción de necesidades económicas, reconocimiento profesional, académico y social. El financiamiento de esta parte corre por cuenta de la industria farmacéutica en muchas ocasiones. El interés de la Industria Farmacéutica es obtener beneficios económicos.

La investigación clínica es una tarea necesaria para sustentar los avances que se realizan en el campo de la salud. Esta tarea exige adecuar los requerimientos de la ciencia a las necesidades de los pacientes y no al revés. Hay que estar atentos a los conflictos de intereses para su adecuada resolución.

Para Altisent, del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza no todas las relaciones con la industria farmacéutica son reprochables y para clarificar cuales relaciones no tendrían reparos éticos y cuales claramente sí el divide estas relaciones en tres áreas: El área negra en que los individuos aceptan presentes o regalos a cambio de determinadas prescripciones. Un área blanca en que la Industria realiza un patrocinio institucional de actividades formativas con normas claras de independencia y un área gris en que se realizan ayudas personales de formación y ayudas materiales al centro de salud.

En resumen, para lograr una buena prescripción se necesita que los diferentes agentes cumplan los roles necesarios que les competen a cada uno en su área. El Estado debe otorgar las patentes bajo condiciones de control de calidad. Las Universidades deben educar formar profesionales competentes, con conocimientos, espíritu crítico y principalmente valores y capacidad de decisiones éticas. El director técnico de laboratorio se debe preocupar de la calidad del producto ofrecido y el farmacéutico de la calidad del producto adquirido. La decisión final está en el prescriptor y el consumidor.

Analizado desde el punto de vista de los principios Bioéticos, la prescripción del mejor plan terapéutico para el problema de salud que presenta el paciente representa el principio de beneficencia con la aceptación por parte de este después de una adecuada información para respetar el principio de autonomía, garantizando desde un principio de no maleficencia, que no se someta al paciente a riesgos o perjuicios desproporcionados para lo cual es exigencia el conocimiento de las contraindicaciones por interacciones o por condiciones específicas de cada caso como enfermedades intercurrentes y cautelando desde un principio de justicia el acceso y la distribución equitativa de los recursos.

La ética de la prescripción debe responder a las exigencias para defender la compatibilidad entre la calidad de la prescripción, los principios esenciales de la profesión médica incluyendo la libertad responsable de prescripción y la defensa de los derechos de los pacientes en relación a la atención médica en general y farmacéutica en particular.

REFLEXIONES FINALES

La ética de la prescripción atañe a la medicina desde sus orígenes en la Grecia clásica y el desarrollo espectacular de ésta durante los dos últimos siglos ha complejizado de modo sustancial el acto de prescribir, pero ha conservado sus raíces éticas fundamentales propias de la tradición hipocrática. Esto significa ahora rechazar las prescripciones que se han vuelto vetustas o impropias, mantener y asumir aquellas que se han demostrado moralmente valiosas y asentadas en valores siempre vigentes, y proyectar nuevas, creativas e inéditas para los tiempos actuales y futuros.

Hace algunos años el psicoterapeuta Michael Balint hizo notar que el primer medicamento que prescribe el médico es su propia persona. Importante observación porque los avances técnicos arrolladores olvidan que la curación, en cualquiera de sus formas, comienza en la relación médico-paciente, por más que ésta se conceptualice de manera diferente de acuerdo a las circunstancias (aún en las más alejadas del encuentro mismo, como en los análisis del costo de las atenciones o en los planes de salud de la población). Así, el médico debe conocerse a sí mismo en su ser como persona y considerar que, como fármaco simbólico, puede estar indicado, contraindicado, poseer una dosis más efectiva, tener un momento óptimo de aplicación, tener un tiempo de acción, efectos colaterales, consecuencias paradójales. Por ello el médico precisa de ejecutar bien no sólo sus técnicas sino además profesar una moral que tienda a la excelencia (*areté*) y por esto Aristóteles hablaba del “médico perfecto” y Galeno del “óptimo médico”.

Una tarea inmediata consiste en determinar el paciente a quién se le va a prescribir un tratamiento. ¿Es el hijo? ¿Es la madre que lo acompaña? ¿Es la relación entre ambos? ¿Es el marido cuya esposa comienza el diálogo enumerando las molestias que él padece frecuentemente o es ella quien, en su desesperación, no puede influir en los hábitos de él y le está provocando un desajuste emocional? ¿O es la familia entera por la rebeldía de uno o más hijos afectados por consumo de drogas y sus consecuencias en sus estudios y en el despilfarro de dinero? ¿O es la sociedad entera, según han expresado algunos? La pregunta ética inmediata es ¿quién decide? Como se puede colegir el problema de deliberación moral, núcleo de la prescripción clínica, es bastante complejo y para alcanzar la decisión final hay que recorrer pasos progresivos con mucho cuidado previa consideración de todos los componentes involucrados: los principios éticos que están en juego, el cuadro clínico y las consecuencias previsibles.

¿Cuándo comienza la prescripción? Ya hemos insinuado que puede iniciarse antes que se produzca el encuentro propiamente tal porque, como el médico es la primera medicina que se indica, éste es precedido por su fama o prestigio, o reputación de la institución a la que pertenece. Y además también debe determinarse antes de cualquiera acción quién es el paciente que va a ser sujeto de la maniobra terapéutica. Pero la prescripción misma no es sólo un acto locucionario –decir algo gramaticalmente correcto–, ni simplemente ilocucionario –modo en que se usa una locución, como dar una orden o emplear una coacción–, sino especialmente perlocucionario, esto es, un acto que trae consecuencias en el otro por el acto de decir, como “convencerlo”, “obligarlo”,

“persuadirlo”. Es que las palabras son acciones ¿Cuál es la manera éticamente adecuada de entregar una prescripción sabiendo que va a tener una influencia en el paciente y, además, éste en su fin mismo? Sabemos el dilema que nos encontramos porque podemos proceder de acuerdo a una ética de la convicción –aquella que pretende que el paciente lleve a cabo una existencia lograda y auténtica– o a una ética de la responsabilidad –aquella cuya finalidad está encauzada en conseguir los logros más eficientes en la indicación profesional. En el manejarse entre ambas posturas, poder cambiar y equilibrarse entre ellas, consiste el arte del clínico, y, para esto, ha de proceder según la prudencia (*phrónesis*).

Lo anterior está conectado íntimamente con la condición del médico que prescribe: es un profesional. La profesión proviene del latín *professio*, que tiene un origen religioso: profesar es un acto que exige entrega, actividad que demanda comprometerse por entero y de por vida, es una suerte de consagración y el que la ejerce es un consagrado. Siempre el médico ha gozado por tanto de un estatuto social especial dentro de la sociedad; ha sido, junto al sacerdote y el rey, alguien que conduce y entrega las directrices en su área, y, así, se ha caracterizado por ser una actividad elegida, que está segregada del resto social, privilegiada, que goza de impunidad y sobre todo de autoridad. La sociedad actual ha cambiado profundamente y estas características se han modificado hondamente o se han esfumado. Por ello la pregunta que queda para el futuro inmediato es: ¿en qué consiste la esencia del prescribir y por tanto de la ética del prescribir que sea fiel a los requerimientos específicos del siglo XXI?

Como todo lo propiamente humano, para saber su esencia hay que recorrer la historia del prescribir porque, como decía Ortega y Gasset, el hombre no tiene “naturaleza” sino “historia”, todo lo que hace hoy es porque ayer hizo algo distinto y éste hacer hizo posible el actual. Si seguimos a grandes rasgos su historia hay una primera etapa en que el prescribir está determinado por el principio de beneficencia: el médico sabe en qué consiste la enfermedad y por tanto su recomendación tiene caracteres de mandato porque su intención es el bien del paciente, y éste es un agente pasivo que debe seguirla de manera estricta o cuando menos lo más cercano a las intenciones del facultativo. Hacia comienzos del siglo XX la prescripción cambia y el paciente se vuelve cada vez más autónomo: ahora es el enfermo el que debe aceptar la prescripción después de haber recibido la información necesaria y suficiente, surge con ello el consentimiento informado. Pero casi simultáneamente nace una etapa tercera en que el prescribir debe llevarse a cabo en acuerdo al principio de justicia: si la ética del médico se expresa como “indicación” y la ética del paciente en la “elección”, la ética de la medicina insertada en la sociedad se manifiesta en la “distribución”, se entiende, de recursos. Ahora estamos entrando lentamente en la cuarta etapa del prescribir el cuidado: lo emocional predomina sobre lo racional, lo individual y único sobre lo general y común, la proximidad y apego sobre el distanciamiento, lo privado sobre lo público, la confianza sobre lo normativo, lo biográfico sobre lo nosográfico, el juicio ponderado sobre el juicio razonado, la calidad de vida sobre la supresión de los síntomas.

Freud insinuó que el médico debe aprender una moral, mejor, aprender a ser moral– debe llegar a ser un hábito del carácter, según Aristóteles–, si quiere ejercer una medicina verdaderamente humana: la moral de la veracidad consigo mismo y, si es cierto su insinuación, aquel que es veraz hacia sí lo podrá ser con el otro, con el padeciente y con ello acertará a prescribirle lo éticamente bueno (*agathón*) para que alcance la felicidad (*eudaimonía*). ■

REFERENCIAS

1. Comité Permanente de Médicos Europeos. La Calidad de la Prescripción. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. 2003. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/>
2. D'Empaire G. Aspectos éticos en la gestión de los recursos para la atención médica. En: Inequidades en la prestación de servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe. Coordinadores: Fábregas S, Lugo M. León F. J. et al. Red Latinoamericana de Historiadores en las Ciencias de la Salud, FE-LAIBE, Universidad de Santiago e Instituto IDEA. Edita: Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile, 2013 ISBN: 978-956-332-925-4
3. Blumenthal D. Controlling health care expenditures. 2001. N Engl J Med, Vol. 344 (10) 766-769
4. Brea Feijoo J. M. Prescripción médica y gasto farmacéutico. 2008 Cad Aten Primaria. Vol 15; 5-8. Disponible en: http://www.agamfec.com/antiga2013/pdf/CADERNOS/VOL15/02_Espazo_N15_1.pdf
5. OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales – perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, N° 5, septiembre 2002 . Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/policy>
6. Uso Racional de Medicamentos. Aspectos Eticos. 2004. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols i Lucas N°8. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/boladeras/debates/UsRacMed>
7. Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. Aten Primaria 2003;32(2):106-9
8. Colegio Médico de Chile A.G. Medicamentos Genéricos: Ética de la Prescripción Médica y Sustitución. Octubre 2003. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=259>
9. Kaebnik. G. The Value of a Drug . The Hastings Center Report.. Vol 38, N°. 5. 2008
10. Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 2. Auf. Stuttgart: Klett, 1964.
11. Deichgräber K. Medicus graciosus. Untersuchungen zu einem griechischen Artzbid. Mit einem Anhang "Testamentum Hippocratis" und Rhazes "De indulgencia medici". Mainz: Akademie der Wissenschaften und der Literatur, 1970.
12. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia D, Júdez J, eds. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela, 2004. p.21-32
13. Austin JL. How to do things with words. 2nd edition. Harvard: Harvard University Press, 1975
14. Weber M. Politik als Beruf. Wissenschaft als Beruf. Berlin: Dunker & Humblot, 1959
15. Ortega y Gasset J. Historia como sistema. Obras completas. Tomo VI (1941-1946). Madrid: Revista de Occidente, 1940. p. 11-49
16. Benner P, Wrubel J. The primacy of caring: stress and coping in health and illness. Menlo Park: Addison Wesley, 1989
17. García Yebra V, editor. Metafísica de Aristóteles. 2 Volúmenes. Madrid: Gredos, 1970
18. Freud S. Zur Dynamik der Übertragung. Gesammelte Werke XVII. Frankfurt: Fischer, 1912. p. 363