



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**MAS ALLA DE LA AUTONOMIA EN LOS NIÑOS ESTÁ SU
DIGNIDAD INTRINSECA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PRESENTA**

DR. MARCO ANTONIO KUREZYN DIAZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL ENFERMO PEDIÁTRICO EN
ESTADO CRÍTICO

DRA. SANDRA LUZ LIZÁRRAGA LÓPEZ
TUTOR

DRA. MARTHA PATRICIA MÁRQUEZ AGUIRRE
CO TUTOR



MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**MAS ALLA DE LA AUTONOMIA EN LOS NIÑOS ESTÁ SU
DIGNIDAD INTRINSECA**

DRA. ROSAURA ROSAS VARGAS
DIRECTORA DE ENSEÑANZA

DR. MARTIN GARRIDO GARCÍA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO

DRA. MARTHA PATRICIA MÁRQUEZ AGUIRRE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA DEL ENFERMO
PEDIATRICO EN ESTADO CRÍTICO

DRA. SANDRA LUZ LIZARRAGA LOPEZ
TUTOR DE TESIS

DRA. MARTHA PATRICIA MÁRQUEZ AGUIRRE
CO TUTOR

MAS ALLA DE LA AUTONOMIA EN LOS NIÑOS ESTÁ SU DIGNIDAD INTRINSECA.

Dra. Sandra Luz Lizárraga-López,

Dr. Marco Antonio Kurezyn Díaz,

Dra. Patricia Zárate Castañón,

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre,

Dra. Nelly Altamirano Bustamante

PALABRAS CLAVES:

Dignidad humana, autonomía, niños.

Introducción.

Para comprender las actitudes y modo de actuar en la práctica clínica, se deben de considerar tres aspectos, que se encuentran en constante interacción: ^{1,2}

Valores y principios morales, los que son determinados por influencias culturales que guían las conductas y la interacción entre las personas.

Códigos de conducta o normas éticas, las que son socialmente establecidas; de hecho se han desarrollado códigos de ética para médicos y académicos en los distintas escuelas profesionales.

Relaciones interpersonales que se refieren a nuestra actitud frente al otro.

En la actualidad los profesionales de la salud, deben de tener la capacidad para resolver problemas clínicos y tomar decisiones basadas en el saber, el saber hacer y el ser; sustentada la primera en el conocimiento, la segunda en las destrezas adquiridas, y el ser, relacionado con sus valores. Lo cual lleva a la medicina transfuncional, es decir, a la fusión de la medicina basada en evidencias y la medicina basada en valores, esencial para establecer una relación médico-

paciente, con una visión integral de la medicina que enfatice el profesionalismo, la clínica y el humanismo en el quehacer del médico.³ Lo que lleva a una práctica clínica que dicta y exige altos estándares en la atención, la investigación y las intervenciones médicas en los niños; por ejemplo la toma de decisiones en situaciones extremas de la vida, la continuación de un tratamiento, interrumpir o retirar las medidas de apoyo a la vida, son algunas de las tareas complejas y difíciles de la ética que tiene que realizar el personal de salud.⁴

El propósito de este escrito es abordar la autonomía de los niños y la dignidad en los mismos, considerando ambos conceptos como apoyo en la práctica clínica pediátrica durante la toma de decisiones.

La equidad en la salud infantil es conceptualizada como política de estado y se compone de cuatro elementos: los derechos de los niños, la justicia social, inversión en capital humano y la ética de equidad en salud. Los principios abarcados dentro de estos componentes proporcionan una perspectiva y conocimientos que pueden ser integrados en la práctica de atención primaria en salud y en las subespecialidades pediátricas.⁵

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; lo cual se establece en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) es hasta 1959, en la Asamblea General de las Naciones Unidas en donde se establece la Declaración Universal de los Derechos del Niño; ⁶ de dicha Declaración se derivan las directrices pertinentes en donde cada niño tiene el derecho fundamental a la vida y la dignidad; asimismo, tiene derecho a una atención integral, igualmente el personal de salud tiene como imperativo ético la pretensión de hacer todo lo posible “en el mejor interés para los niños”. La integración de estos derechos en la práctica pediátrica provee un potente instrumento y una estrategia para responder a las causas de morbilidad infantil y a las disparidades actuales en salud. La ética de la equidad en salud adapta y amplía los principios de la ética médica (ej., justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía) al marco de los

derechos de los niños. Los principios de la ética médica relacionados con los cuatro principios principales de los derechos de los niños, como están definidos por la convención de los derechos de los niños: no discriminación (artículo 2) está relacionado con la justicia; los mejores intereses (artículo 3) está relacionado con el principio de beneficencia; supervivencia y desarrollo (artículo 6) con el de no maleficencia; y proporcionando voz y escuchando a los niños, está relacionado con el principio de autonomía.⁷ Con esta perspectiva basada en derechos, pueden integrarse las decisiones éticas, incluyendo el trabajo en los comités de ética, para tomar direcciones más allá de cuestiones biomédicas, enriqueciendo el diálogo y discusión para proveer nuevos métodos para la práctica clínica en defensa del niño así como formulación de políticas.⁸

Beauchamps y Childress, basándose en el Informe Belmont, el cual se traduce en las condiciones éticas y jurídicas para obtener el consentimiento del enfermo, el balance positivo entre beneficios y riesgos del tratamiento o curso de acción propuesto por el médico al enfermo o a sus representantes legales, las alternativas posibles y la equidad en el acceso a los recursos sanitarios, publicaron el libro *Principles of Biomedical Ethics* en 1979 donde además del análisis de los principios *prima facie*: los de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, establecen normas para la práctica clínica.⁹ Dichos autores, definen la autonomía personal como “La regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales, por ejemplo, una comprensión inadecuada, que impida hacer una elección”. Una acción es autónoma si el agente moral obra: a) intencionadamente, b) con conocimiento (comprendiendo lo que hace) y c) sin influencias externas que determinen o controlen la acción.

Ellos también consideraron el concepto de *competencia*, el cual está íntimamente relacionado con la toma de decisiones autónomas y con la validez del consentimiento que se define como la “habilidad para realizar una tarea”, varía en función del contexto, esto es, la competencia que debe exigirse depende de cuál sea la decisión que se debe tomar.¹⁰

En los últimos treinta años el cambio que se ha llevado a cabo dentro de la relación médico-paciente es el reconocimiento de la persona en el paciente como agente moral autónomo. Nos referimos a la autonomía del griego auto, "uno mismo", y nomos, "norma", es decir, capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de apreciación personal en función de su propio sistema de valores. Es decir, el paciente tiene derecho a ser informado correctamente, a elegir el tratamiento que sea compatible con su escala de valores.⁹

McCoy (2008) examina cuestiones relacionadas con la autonomía, el consentimiento informado, el paternalismo médico, los poderes del Estado y asuntos legales; donde es elemental establecer quien tiene la autoridad para determinar los límites y la definición de éstos en la toma de decisiones.^{11,12,13} La ley ha considerado a los niños como incompetentes para tomar decisiones médicas, y la sociedad ha autorizado a los padres o tutores para actuar en nombre de los niños. La evidencia empírica ha puesto de manifiesto que los niños, de acuerdo a su edad, pueden ser capaces de participar en sus decisiones médicas.¹⁴

Jean Piaget describió las habilidades que tienen la mayoría de los niños en los diferentes etapas del desarrollo cognitivo. Los niños de 2-7 años, (etapa pre operacional) son incapaces para razonar más allá de su experiencia y no demuestra un entendimiento de causa efecto. De los 7 - 11 años, etapa operacional los niños empiezan a pensar lógicamente, pero su habilidad para el razonamiento abstracto es limitada. Y en la etapa de operaciones formales (mayores de 11 años) los niños muestran su capacidad intelectual, generalizan más allá de sus experiencias, tiene abstracción de ideas y optimizan o predicen las consecuencias de sus acciones. Según Piaget, los niños mayores de 14 años de edad tienen la misma capacidad para procesar la información que los adultos¹⁵. Por lo anterior se argumenta que niños mayores de esta edad pueden ser considerados en la toma de decisiones médicas y procedimientos que se le vayan a realiza cuando se encuentran hospitalizados o padecen alguna

enfermedad; se deberá proporcionar de forma comprensible la información respecto a su enfermedad, tratamiento y evolución de los mismos; escucharlo y obtener su asentimiento respetando la confidencialidad y autonomía,¹⁶ sobre todo cuando para su tratamiento se necesita alguna intervención terapéutica como son colocación de catéteres para infusión de medicamentos intravenosos, catéteres para diálisis, colocación de prótesis, amputación de alguno de sus miembros u órganos cuando padecen cáncer. La información que se les proporcione debe ser simple, honesta e inteligente, utilizando un lenguaje adecuado a su edad, nivel cultural y capacidad de comprensión.¹⁷

Christopher Doig y Ellen Burgess, consideran que los adolescentes tienen la autoridad para tomar decisiones respecto a su salud, respetando el principio de autonomía, ellos argumentan que podrían ser considerados competentes si al tomar decisiones tienen:

- *La capacidad para expresar su elección entre dos alternativas.*
- *El reconocimiento de riesgos y/o beneficios cuando son consideradas varias alternativas.*
- *Un razonamiento lógico, y*
- *Un cambio razonable y éste es realizado sin coerción.*

En el caso del recién nacido, así como en los lactantes, es diferente porque se tratan de seres con falta de raciocinio, y la toma de decisiones deben de ser realizadas por otras personas (padres o tutores). La comunicación es no verbal, se reduce al respeto que se les tiene cuando se realiza la exploración física, la prevención del dolor en procedimientos diagnósticos y terapéuticos; asimismo, en los preescolares la comunicación verbal es importante para lograr una buena comunicación con ellos.¹⁸

Por tanto, debe entenderse que todo proceso de toma de decisiones, está centrado en una relación tripartita (pediatra-niño-padres), en virtud de la cual estos últimos aceptan legalmente o no las recomendaciones diagnósticas o terapéuticas, toda vez que desde una situación de dignidad y competencia por parte del niño

se han comprendido las circunstancias de todo el proceso de su enfermedad, las consecuencias de su decisión, así como las decisiones alternativas.¹⁹

La autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica; la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes, pues éste es reconocido como agente moral. Entre la autonomía y el paternalismo, Pellegrino propone una tercera vía a partir de su concepto de beneficencia fiduciaria (*beneficence-in-trust*). Pretende combinar ambos modelos, poniendo de relieve sus correctivos y superando sus extremos unilaterales. Desde su perspectiva filosófica, el paternalismo del médico viola el respeto que debe tenerse a la persona; y la autonomía del paciente como principio absoluto erosiona la independencia de juicio, sea clínico o ético, del médico. La orientación del médico a hacer el bien del paciente y la autonomía de este no deben considerarse polos opuestos.

La beneficencia fiduciaria, incluye la autonomía del paciente, pero sin renunciar a orientar la acción médica hacia el bien de éste, también subraya el papel del médico como abogado del paciente, o como su delegado o sustituto en caso de incapacidad.

Cuando autonomía y beneficencia entran en conflicto, Pellegrino reivindica el derecho del médico a referirse a su conciencia, a la propia ética, elaborada en el interior de una determinada comunidad de símbolos y hábitos y el derecho a hacer valer su derecho, a no dejarse imponer criterios desde el horizonte moral del paciente. Las humanidades, afirma Pellegrino, permiten responder a las cuestiones de fondo sobre el hombre, en particular sobre esas cuestiones provocadas por el sufrimiento, la enfermedad, la búsqueda de curación, los límites del impacto de la tecnología sobre el ser humano. Desde su perspectiva, el humanismo médico representa la base intelectual para enfrentarse a los grandes problemas de la *praxis* médica contemporánea.²⁰

En la actualidad, la dignidad humana ostenta un lugar prominente en el discurso de los derechos humanos y toma de decisiones judiciales. La palabra dignidad se ha utilizado en el ámbito médico desde tiempos inmemoriales, y

continúa usándose ampliamente en bioética. Se emplea como sustantivo (la *dignidad* humana, o simplemente, la *dignidad*, la *dignidad* del paciente), como adjetivo (muerte *digna*, vida *digna* de ser vivida), o como adverbio (tratar al paciente *dignamente*),^{21,22}

Habermas, defiende la tesis que sostiene que siempre ha existido una conexión interna entre la noción moral de la dignidad humana y la concepción jurídica de los derechos humanos. Sostiene que el concepto de dignidad humana no es una expresión clasificatoria vacía, sino que, por el contrario, es la fuente de la que derivan todos los derechos básicos, además de ser la clave para sustentar la indivisibilidad de todas las categorías de los derechos humanos.²³

Si consideramos la definición de dignidad, según Daniel Sulmasy:²⁴ existen tres formas de la palabra "dignidad" que se ha utilizado en el discurso moral, tanto en la historia del pensamiento occidental y en la bioética contemporánea.

Para los estoicos, la palabra dignidad fue usada como concepto importante para la filosofía moral, Cicerón define la dignidad como "la autoridad de una persona honorable, que merece respeto y el honor y la atención digna" (*dignitas est alicuius honesta et cultu et honore et verecundia Digna auctoritas*).²⁵ Sulmasy, utilizó la palabra *dignitas* en el uso de Cicerón que es, literalmente, "dignidad", pero a menudo se utiliza (al igual que otros en sus días) para referirse a la posición o reputación de una persona. La *dignitas* no depende tanto de la evaluación subjetiva de los demás, ya que es la capacidad de todos para reconocer en una instancia la excelencia humana verdadera.²⁶

Hobbes, por otro lado, define la dignidad de una manera muy diferente. En el *Leviatán*, escribe: "El valor que publique de un hombre, que es el valor fijado en él por el Estado, es lo que los hombres comúnmente llamamos dignidad. La dignidad es el valor que tiene la persona para el Estado²⁷, el valor que los seres humanos confieren a otros por actos de atribución, es una **dignidad atribuida**.

Kant, define el concepto de dignidad (*Würde*) como un requerimiento moral que exige tratar a toda persona como un fin en sí mismo, y se refiere a ella así: El

respeto que tienen los demás, o que otro puede decir de mí (*osservantia ALIIS praestanda*) es el reconocimiento de la dignidad (*dignitas*) de otro hombre, es decir, un valor que no tiene precio, no hay equivalente para que el objeto de valoración (*aestimii*) pueda ser intercambiado o sustituido. Los seres humanos nunca deben ser tratados como instrumentos puros de la voluntad de otro y concluye "La humanidad es en sí una dignidad,"²⁸ es decir que vale la pena o el valor que tiene la gente, simplemente porque son humanos, la **dignidad intrínseca** es el valor que los seres humanos simplemente por el hecho de que son seres humanos la poseen.

Es el valor intrínseco de las personas el motivo de nuestras obligaciones morales hacia los demás seres humanos; esta concepción de la dignidad tiene implicaciones importantes sobre todo en los accesos a la atención médica y la distribución de los servicios de salud, donde la salud se convierte en un derecho.

Por **dignidad florescente**, se describe el valor de un proceso que conduce a la excelencia humana o el valor de un estado de cosas mediante el cual una persona expresa la excelencia humana, es una forma de concretar el deber fundamental de respeto de la dignidad intrínseca es un término usado para referirse a un estado virtuoso.²⁴

Consideraciones.

Los acontecimientos a nivel económico y a nivel político han ido acompañados de transformaciones culturales y éticas en la sociedad; el consentimiento informado ha sido fundamental para proteger los derechos a la salud, y es obligación del médico asegurarse de que el paciente, los padres o los niños comprendan los riesgos y beneficios de cualquier procedimiento o tratamiento médico.

Hoy en día la autonomía de los niños es cada vez más reconocida en la toma de decisiones médicas, por lo cual ahora el reto en la práctica médica pediátrica es trabajar en conjunto con la familia, considerando la naturaleza compleja de las relaciones entre padres e hijos, y con otros profesionales de la

salud para determinar el papel del niño en la toma de decisiones respetando su dignidad y su capacidad de desarrollo²⁹. Pero este principio actualmente no es suficiente para considerarlo en el tratamiento integral, y es necesario la identificación de la dignidad intrínseca en cada paciente, para realizar una práctica médica integral.

Todo niño, ya sea sano o enfermo, goza de una dignidad intrínseca y es independiente de los factores circunstanciales como la edad, raza, sexo, estado de salud, nivel intelectual, posición social, situación económica, creencia religiosa o filiación política, la dignidad intrínseca obliga al pediatra a tratarlo como una persona, como un ser único e irrepetible, no como un objeto en estudio; y a pesar de que legalmente los menores no pueden tomar decisiones, dependiendo de la edad, cuando sea posible, no se debe como médico y padre pasar por alto su opinión; los adultos tenemos que acostumbrarnos a tratarlos como individuos con derechos y a proporcionarles información de su enfermedad, y en particular lo que representan los tratamientos, en la medida en que sus capacidades lo permitan.³⁰

Es importante considerar las diferentes visiones del ser humano, del cuerpo y de la mente en cada paciente, y sobre todo tener en cuenta la dignidad del niño, individualizando a cada uno como una persona en su multidimensionalidad única e irrepetible considerando su opinión, sobre todos en los adolescentes y permitirle decidir acerca de la atención médica que recibirán.

Existe una relación estrecha con el cuidado de la vida pero también con un cuidado para enfrentar la muerte, lo cual está asociado a esa capacidad de apreciar situaciones y consecuencias en cada una de las decisiones que tomamos, siempre considerando los valores como el respeto a las personas, equidad, autonomía, justicia, compasión, sin olvidar la normatividad que hay que cumplir.

Por tales motivos actualmente se está realizando un giro hacia la medicina transfuncional personalizada, en la cual se le da el reconocimiento al paciente como persona reflexionando en su dignidad intrínseca, lo cual implica el

renacimiento de una ética de las virtudes, una ética de máximos donde la ética de principios ha sido superada.^{31,32}

Debemos de reconocer nuestras capacidades así como nuestras limitantes, manteniendo un aprendizaje continuo en las cuestiones técnicas de la medicina asimismo en las necesidades físicas y emocionales, tener la sensibilidad ante el sufrimiento para limitarlo, promover el deseo de servir y dar prioridad a las necesidades del paciente y a su contexto social, respetando sus valores intrínsecos y atribuidos así como los nuestros; es decir, respetando la dignidad intrínseca de cada persona, luchando para que esos valores puedan convertirse en virtudes.

Referencias bibliográficas.

¹ Schonhaut LB y Carvajal C. Dimensiones y dilemas de la ética en educación en ciencias de la salud. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (2): 196-201

² De Hoyos Bermea A, Algunas aclaraciones teóricas sobre los, valores, virtudes, principios y normas de la práctica clínica, en prensa, 2012

³ Petrova M, Dale J, and Fulford BK, Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 703-709

⁴ Kurz R, Gill D, Miones S, Cuestiones éticas en la atención médica diaria de los niños. *Eur J Pediatr*; 165 (2):83-6, 2006

⁵ Council on Community Pediatrics and Committee on Native American Child Health, Health Equity and Children's Rights *Pediatrics* 2010;125;838; originally published online March 29, 2010; DOI: 10.1542/peds.2010-0235

⁶ Un completo estudio de la evolución de la protección de los derechos de los niños en Veerman, PH. *The Rights of the Child and the Changing Image of Childhood*. Martinus Nijhoff Publishers, Ad Dordrecht, The Netherlands, 1992

⁷ United Nations Children's Fund. Convention on the rights of the child. Available at: www.unicef.org/crc. Accessed February 4, 2009

⁸ Nixon S, Forman L. Exploring synergies between human rights and public health ethics: a whole greater than the sum of its parts. *BMC Int Health Hum Rights*. 2008;8:2

⁹ Fabre Francesc Abel, Los principios de la ética biomédica y la toma de decisiones en la clínica. En *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Fundación MAPFRE, España, 2007, pp 187-195

¹⁰ Tubau JM. El principialismo de Tom L Beauchamp y James F Childress. pp 10-28

¹¹ Iltis AS. Toward a coherent account of pediatric decision making. *J Med Philos*, 35 (5); 526-552, 2010

-
- ¹² Goldhagen J. C Children's Rights and the United Nations Convention on the Rights of the Child. Pediatrics; Sep; 112 (3 Part 2):742-5, 2003
- ¹³ McCoy M. Autonomy, consent, and medical paternalism: legal issues in medical intervention, J Altern Complement Med; 14(6):785-92,2008
- ¹⁴ Zawistowski, C. A. and Frader, J. E. Ethical problems in pediatric critical care: consent. Crit Care Med. 31(5 Suppl), S407-S410. 2003.
- ¹⁵ Doing Christopher and Burgess Ellen. Withholding life-sustaining treatment: Are adolescents competent to make these decisions? CMAJ 2000; 162 (11) 1585-8
- ¹⁶ Torres R. Aspectos éticos en Pediatría. Una aproximación. En Acosta JR editor. Bioética desde una perspectiva cubana. 1 ed La Habana: Centro Félix Varela. 1997. p 150
- ¹⁷ Gracia GD. Bioética y pediatría. Rev Esp Pediatr 1997; 53: 99.
- ¹⁸ Vidal MC. La problemática del Consentimiento Informado. Cuad de Bioet. 1998; 9(33): 12-24
- ¹⁹ Palomeque Rico A, Cambra Lasaosa F. El niño críticamente enfermo. ¿Cómo informamos en UCIP? An Pediatr (Barc) 2007; 66:341-4
- ²⁰ F.Torralba, Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de E.D.Pellegrino, Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina, Madrid, 2001.
- ²¹ Requena Meana Pablo. Dignidad y Autonomía en la bioética norteamericana. Cuad Bioet XIX, 2008, 2ª. Edición, pp. 255-270
- ²² Bello, B. A. Dignity and informed consent in the treatment of mature minors. J.Int.Bioethique. 21(4), 103-105. 2010
- ²³ Habermas J. El concepto de la dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos; Diánoia, LV (64): 3-25, 2010
- ²⁴ Sulmasy Daniel P. Dignity and Bioethics: History, Theory, and Selected Applications. En "Human Dignity and Bioethics" March, 2008. Washigton, D.C. Dignidad y Bioética: Historia, teoría y aplicaciones selectas. pp. 469-474

²⁵ Cicerón, De Inventione I.166.

²⁶ Miriam T. Griffin y Margaret E. Atkins, "Notas sobre la traducción," en Cicerón: Sobre los deberes (New York: Cambridge University Press, 1991), pp. xlvi-xlvii.

²⁷ Thomas Hobbes, el Leviatán, capítulo 10, ed. Richard Tuck (Cambridge: Cambridge University Press, 1991), pp 63-64.

²⁸ Emmanuel Kant, "La metafísica de las costumbres, parte II: Los Principios metafísicos de la Virtud", Ak419-420, En Kant, la filosofía ética, trad. James W. Ellington (Indianápolis, Indiana: Hackett, 1983), pp. 80-81.

²⁹ Harrison C, Kenny NP, Sidarous M y Rowell M. Bioética para clínicos: Involucrar a los niños en las decisiones médicas. CMAJ 156 (6): 825-828, 1997.

³⁰ Urdaneta-Carruyo Eliéxer. Bioética en pediatría. Dilemas y reflexiones. Rev Mex Ped 75 (3), 114-120, 2008

³¹ Altamirano BMM, Altamirano BNF, Altamirano BE, Garduño EJ, Muñoz HO, Torres LJ. Del proteoma humano a la medicina transfuncional personalizada. Bol Med Hosp Infant Mex 67,293-302, 2010

³² Pellegrino ED. The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. J Med Philos 26:559-579,2010