

BREVE HISTORIA DE LA BIOÉTICA

DR. MARIO CASTRO HERNÁNDEZ
UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL MAULE, FACULTAD DE MEDICINA.

*What was done cannot be undone, but we can end the silence...
We can stop turning our heads away. We can look at you in the eye, and finally said, on behalf of the American people, what
the United States government did was shameful and I am sorry"*

Bill Clinton
Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica
16 de Mayo de 1997
En su discurso en la Casa Blanca a sobrevivientes del experimento Tuskegee

La sociedad del conocimiento ha provocado cambios trascendentales en los objetivos y las estrategias de desarrollo en las instituciones de educación superior. Las condiciones generadas por la globalización y las nuevas técnicas de comunicación han producido importantes modificaciones en la forma como se imparte la enseñanza. Nunca hasta ahora se ha creado más conocimiento y el progreso tecnológico avanza a una velocidad vertiginosa.

A la par con estos hechos, se constata que una de las aspiraciones más sentidas de las instituciones de educación superior, expresadas de diferentes matices en las declaraciones de sus misiones y visiones es "conseguir de sus educandos una formación amplia y esencial basada en valores éticos que se traduzcan en hábitos y actitudes y que abarque aspectos humanísticos, científicos y tecnológicos¹.

Las universidades católicas, dentro de su identidad y misión, "deben abarcarse necesariamente, la consecución de una integración del saber, el diálogo entre fe y razón, una preocupación ética y una perspectiva teológica"² y se enfatiza "es esencial que nos convenzamos de la prioridad de lo ético sobre lo técnico, de la primacía de la persona humana sobre las cosas, de la superioridad del espíritu sobre la materia. Solamente servirá a la causa del hombre si el saber está unido a la conciencia. Los hombres de ciencia ayudarán realmente a la humanidad solo si conservan el sentido de la trascendencia del hombre sobre el mundo y de Dios sobre el hombre"³.

Para las instituciones de educación superior católicas, "los estudiantes deberán ser formados en las

diversas disciplinas de manera que lleguen a ser verdaderamente competentes en el campo específico al cual se dedicarán en servicio de la sociedad y de la Iglesia; pero al mismo tiempo, deberán ser preparados para dar testimonio de su fe ante el mundo"⁴.

Dada la importancia de esta disciplina en la formación actual de un médico, de los constantes dilemas que este profesional se enfrentará en el ejercicio de su práctica clínica, la asignatura adquiere una importancia fundamental. Si a ello le agregamos los fundamentos específicos de la misión de la Universidad, es esencial elaborar un programa de entrenamiento en pregrado en bioética para estudiantes de una Escuela de Medicina de una Universidad Católica que logre conciliar las diferentes visiones filosóficas, morales que coexisten en una sociedad global donde el respeto por la vida, la dignidad de la persona y la diversidad se han convertido en valores universales,

En la vida profesional del médico, la toma de decisiones que afectan nuestra vida y la de nuestros semejantes es constante. Estas decisiones se fundamentan en sus competencias técnico profesionales pero también en base de lo que somos y de los valores morales que sostenemos. Un profesional de la salud debe poseer ciertas virtudes, principios y normas que procuren asegurar el bienestar de los demás y el nuestro.

Dentro de esta constatación se enmarca el concepto de la ética. "El término ética viene de la palabra griega *ethos* la cual puede escribirse con *eta* (la e larga del alfabeto griego y con *epsilon* (la e breve del mismo alfabeto). *Ethos* con e larga significa la morada, el abrigo permanente (casa). De mane-

ra que ética en este sentido se refiere al hecho de vivir bien y feliz en nuestra morada. Ahora bien, esta experiencia de una vida o morada satisfactoria y plena es posible cuando se tiene un *ethos* (con la e breve) o un conjunto de valores, virtudes, principios, costumbres o normas que informen cada una de nuestras decisiones y relaciones. Es por eso que *ethos/casa* siempre aparece en singular y *ethos/moral* siempre va en plural. El *ethos/moral* tiene como objetivo hacer la morada humana (*ethos/casa*) una experiencia feliz, sostenible, agradable, comunitaria y completa”⁵.

La monumental obra de Aristóteles, escrita hace veinticuatro siglos, ha sido un pilar fundamental para la construcción de la cultura occidental. Cuando este filósofo plantea el sentimiento y la estructura del hacer humano en la filosofía de las cosas humanas, aparece la capacidad de precisar “los distintos niveles que constituyen el acto voluntario, la amistad y el amor, la deliberación y la pasión, el conocimiento teórico y el práctico, la magnanimidad y la justicia”⁶. Sus tratados *Ética Nicomáquea* y *Ética Eufemia* representan uno de los primeros intentos de explicar y dar una estructura del comportamiento humano y sus consecuencias, racionales que aún perduran, referencias obligada para todos los filósofos posteriores y que sin duda constituyen los cimientos a partir de los cuales se construyeron las bases del razonamiento ético.

Vimos que etimológicamente, ética procedía de *ethos*, que significa carácter, el modo de ser que una persona va adquiriendo por su modo de actuar; ese modo habitual de actuar se va sedimentando en unos hábitos buenos (virtudes) y malos (vicios) que a su vez inclinan, predisponen y facilitan. “Existen pues dos clases de virtudes, la dianoética y la ética. La dianoética se origina y crece originalmente por la enseñanza, y por ello requiere experiencia y tiempo; la ética, en cambio, procede de la costumbre...de este hecho resulta claro que ninguna de las virtudes éticas se produce en nosotros por naturaleza, puesto que ninguna cosa que existe por naturaleza se modifica por costumbre”⁷.

La ética como tal es una rama de la filosofía que estudia, evalúa y distingue las acciones de los seres humanos en buenas o malas, en correctas o incorrectas. Es aquello que no pertenece al campo

de los sentidos o de lo físico, sino al entendimiento, conciencia o lo espiritual. Tampoco pertenece al campo jurídico, sino al fuero interno y el respeto humano. Esta distinción, por supuesto, puede variar de cultura a cultura pero hay ciertos principios de aplicación universal.

El término “Ética” tendría pues etimológicamente un significado equivalente al término “Moral” que deriva del latín *mos, moris* y que se traduce como costumbres. Aunque ambas palabras tienen el mismo significado, a la moral se le suele atribuir una connotación religiosa, mientras a la ética se le aplica un sentido más civil o secular. Sin embargo, en la práctica pueden utilizarse indistintamente para referirse a la disciplina filosófica que estudia mediante la razón “como debemos vivir, ya que el bien del hombre es un fin en sí mismo, perfecto y suficiente”⁸.

El término “Deontología” viene del griego *deon, deontos*, que significa deber, obligación, y a veces se ha utilizado como sinónimo de ética y moral. Históricamente se refiere al conjunto de deberes de una profesión expresado en un código de normas éticas que afectan a los profesionales de un determinado colectivo. Generalmente ha sido aprobado por la organización correspondiente (ejemplo: códigos de ética de colegios profesionales) que vigilará la calidad del ejercicio profesional y su prestigio social.

Las Leyes están relacionadas con la ética, al menos en su fundamento, pero en la práctica pueden darse leyes inmorales. No debemos confundir legalidad y moralidad, aunque sería deseable la máxima coherencia entre ellas.

“La Ética médica (conjunto de principios y normas que regulan la asistencia médica) tiene como fundamento ineludible el comportamiento y las relaciones interpersonales establecidas entre un médico (sabedor, conocedor y actor competente y un paciente (objeto y sujeto, a la vez orgánico, social y personal) en el que aquel ve a un amigo”⁹. El término Bioética es de reciente aparición y expresa la ética de la vida biológica. Trata de sustituir a otros términos como ética médica o deontología médica, dándole un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático. Este término permite la incorporación de otros profesionales de las ciencias de la vida, o del derecho. Es decir, es la parte de la ética o filosofía

moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en la Medicina y las ciencias de la vida”¹⁰.

El término bioética fue creado por el Dr. Van Rensselaer Potter, Profesor de Oncología de la Universidad de Wisconsin-Madison, en su libro “Bioethics: bridge to the future”, publicado en 1971. Este autor intentó describir una nueva disciplina filosófica donde se integraran biología, ecología, medicina y valores humanos. La bioética, según el Dr. Potter, estaría ligada a la ética del medio ambiente y a causa de esa conclusión en 1988 prefirió, en sus trabajos posteriores utilizar el término de “bioética global”. En resumen, pone en evidencia el abismo existente entre las ciencias empíricas y las humanidades, manifestando su esperanza que ambas disciplinas se unan en una concepción global del ser humano que permita una reflexión ética sobre las posibles consecuencias de la investigación científica sobre el hombre y su medio ambiente.

Paralelamente, en 1971, en la Universidad de Georgetown, André Hellegers funda el Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. André Hellegers fue un médico holandés, de formación jesuita, que trabajaba en Johns Hopkins investigando en fisiología fetal y ciencias reproductivas. Este instituto, más tarde denominado Kennedy Institute of Ethics inició sus labores estudiando los dilemas éticos que aparecían en las diversas áreas de investigación biológica.

Contrariamente a la opinión popular, la bioética, como se practica en la actualidad, empapada de documentos de estudio y debate, disposiciones legales, comités, guías de estudio y algoritmos de decisión, libros, expertos, etc., no es la misma cosa que la ética per se. Académicamente corresponde a un subconjunto de la ética y camina en paralelo con otras teorías éticas como la deontología kantiana, el utilitarismo de Millsean, la casuística, la ley natural, el egoísmo, la ética situacional, el relativismo y varias formas de ética teológica. Como todas las teorías éticas, la bioética no es neutral ya que no puede existir una “ética neutral”. De hecho, la bioética se define a sí misma como una teoría ética normativa, intentando definir lo correcto e incorrecto; dicho en otras palabras, la selección de los términos y el lenguaje, sus defini-

ciones y análisis parten de presunciones metafísicas y epistemológicas específicas.

Tampoco la bioética debe ser homologada con la “ética médica”, tal como este término se entiende hoy. Tampoco es lo mismo que la ética médica católica romana o cualquier otro subsistema de ética que pueda ser utilizada para determinar lo correcto e incorrecto de las acciones humanas en un contexto médico.

Ni siquiera la bioética puede ser asimilada al “Principlismo”, teoría académica formalmente articulada por primera vez en 1978 en el Informe Belmont ya que sería muy restrictivo identificar la bioética solamente con los principios de respeto por las personas, justicia y beneficencia.

Son llamativas las notorias diferencias alcanzadas entre la bioética secular y la ética médica católica romana. Los temas como contracepción, aborto, el uso de abortivos, el diagnóstico prenatal unido al intento de interrumpir embarazo de fetos malformados, la investigación en embriones y fetos humanos, la formación de quimeras, la investigación en células embrionarias, la muerte cerebral, el comienzo del ser viviente, la eutanasia, el suicidio asistido por médicos y el respeto por disposiciones personales respecto a decisiones de cualquiera índole son ejemplos donde estas dos posiciones se contrastan en forma llamativa. Probablemente los únicos asuntos donde ambas concepciones concuerdan son con la limitación en el uso de medios terapéuticos en pacientes terminales y acerca del uso de medicamentos en los cuidados paliativos.

Las razones por las cuales estos dos sistemas éticos pueden ser tan opuestos y contradictorios son predecibles. Cada teoría ética posee sus propios principios éticos idiosincrásicos; la ética médica católica romana se asienta en los principios éticos cimentados en la Ley Moral, una combinación de filosofía ética acerca de la ley natural, la ley divina y la enseñanza del Magisterio. La ética secular como se aplica en forma predominante, está basada en los tres principios de autonomía, justicia y beneficencia articulados en el Informe Belmont. Por lo tanto, la confrontación de estas diferentes concepciones puede conducir a conclusiones éticas y bioéticas diferentes.

La ética de origen religioso es, en definitiva, la respuesta del Creador del hombre sobre su obra, sobre como hizo al hombre, que espera de él,

como debe comportarse para responder al criterio de su creador. También aquí hay pluralidad de éticas, quizás porque se tomaron como respuestas divinas lo que, en definitiva, fueron solo invenciones humanas.

Pero en el fondo, solo hay un criterio de moralidad, la que se basa en una buena filosofía y los criterios y la conducta moral de los hombres honrados y bien formados y ellos no pueden estar en conflicto.

Esto quiere decir que el recurso a criterios religiosos no altera las reglas de una sana ética filosófica, y que la sociología solo indica lo que la gente hace (que puede o no coincidir con la ética natural o con la moral cristiana), no lo que debe hacer.

La religión cristiana y su unión con la filosofía aristotélica-tomista añaden elementos fundamentales a la definición de una ética integral. Conocer el hombre como es, estudiar al hombre como debería ser, de acuerdo con su fin y determinar las reglas que permitirán al hombre pasar de su situación actual a la situación final deseable: estas son las normas éticas. Por lo tanto, la ética es la ciencia que explica cómo debe ser la conducta del hombre, a partir de su situación actual – de cómo es -, para llegar a su fin – el hombre como debería ser-; por lo tanto, las reglas que llevan al hombre a su perfección.

Lo que la religión cristiana añade a este esquema no lo altera sustancialmente. La revelación divina ofrece nueva información sobre el hombre como es –por ejemplo, su situación tras el pecado original- y sobre el hombre como debería ser – elevado al orden de la gracia, hecho hijo de Dios y llamado a participar en la gloria de Dios en el cielo-. Las reglas éticas derivadas de lo anterior son las mismas reglas de la ética filosófica, pero ahora más sólidas, mejor fundamentadas y con mayor alcance.

Siguiendo esta línea de razonamiento, enunciaremos algunos principios teóricos y prácticos de la ética individual y social.

- Toda acción humana tiene un contenido ético, no hay acciones humanas libres que sean moralmente neutras, porque todas están orientadas al fin del hombre, de un modo directo o indirecto, como fines parciales o como medios para estos fines.
- El criterio objetivo de la moralidad es el bien del

hombre, o como dice Pablo VI, “el bien de todo el hombre y de todos los hombres”. El criterio del bien del hombre empieza por el propio sujeto agente. Sócrates decía: “el que hace un daño a otro se hace más daño a sí mismo, al impedir o dificultar la realización de su propio fin, de su propia felicidad.

- El respeto a la dignidad de la persona, de la propia y de la de los demás. Su origen está, una vez más, en la naturaleza: el hombre consta de cuerpo y de espíritu, y es en éste donde radica el fundamento de su dignidad, porque del espíritu brota la racionalidad, la capacidad de entender (inteligencia) y el actuar libremente (voluntad). El hombre es pues un ser personal, un individuo separado de los demás, irreducible a los demás, único, irrepetible, permanente. Y como persona libre está sujeto a derechos y obligaciones.

A pesar de ello, en nuestra sociedad diferentes tipos de ética y de bioética, cada uno con su propia batería de principios éticos, epistemología, temas prioritarios y cohortes de expertos. Estas inherentes diferencias agregan una dificultad adicional cuando este problema se traslada a la planificación de la enseñanza de la bioética a los estudiantes de ciencias de la salud.

Las primeras proposiciones en la historia acerca de una ética médica se encuentran en la llamada Escuela Hipocrática (400-300 AC). Ella se concentraba en las cualidades morales de “un buen médico”, el decoro y el comportamiento que debería exhibir el doctor frente a sus pacientes. Este médico demostraría gentileza, amabilidad, discreción, firmeza; en otras palabras reflejaba las virtudes verdaderas. Los deberes de un médico incluían el beneficio de su paciente, no dañar, confidencialidad, abstención de la explotación monetaria o sexual de sus pacientes e involucrarse con aquellos pacientes en riesgo o necesidad de asistencia. El paradigma de estos deberes se expresa en el Juramento Hipocrático, un juramento que por lo demás todavía se realiza, en su versión original o levemente modificada, en las ceremonias de graduación de los médicos.

Pero la preocupación de normar las conductas de los médicos aparece mucho antes y en diversas culturas. En el Código de Hammurabi (Rey de Babilonia, 1700 AC), ya aparece un primer intento

de regular la práctica de curar tanto en medicina como en cirugía.

En la cultura india, los Vedas (2000 AC), describen como Dhanvantari, dios de la medicina, entrega a los humanos las bases de la salud ayurvédica, en los llamados códigos de iniciación en la interpretación de los signos de enfermedad y las intervenciones mágicas. Se enuncia que un médico debe dar día y noche lo mejor de sí para beneficio de sus pacientes.

En la cultura china, Fu Nsi (2500 AC) y Nei Ching (2700 AC) escriben tratados sobre medicina donde enfatizan la obligación del médico de demostrar misericordia por el enfermo, su deber de disminuir el sufrimiento y el imperativo ético para el médico de tratar a todos sus pacientes en forma similar.

Durante la Edad Media occidental, esta visión cambia y se enriquece incorporando una dimensión social de la ética médica por la cual el médico define su rol dentro de la sociedad. Los médicos deben mostrarse integrados al tejido social de la época, mereciendo el grado de autoridad intrínseca que la sociedad le confiere y dispuestos a someterse al control colectivo que dicha sociedad ejerce. El marco de la profesión médica de aquel entonces incluye el privilegio de educar, examinar, licenciar y disciplinar a sus miembros y una tácita declaración de servicio público.

El paradigma siguiente se encuentra ya en la historia moderna; en 1803, el médico inglés Thomas Percival, escribe su libro "Medicals Ethics", el primer tratado articulado acerca de la disciplina. En él se repite el enunciado de las tradicionales virtudes hipocráticas y se proclaman nuevos interdictos sobre la conducta de los médicos en relación con las relaciones profesionales entre colegas. En 1847, se funda la American Medical Association cuya primera obra fue la confección de un código de conducta ética de los médicos.

A fines del siglo XIX, en Estados Unidos, el Dr. Richard Cabot enuncia un nuevo paradigma, definiendo un concepto que llamó "una ética de competencia", enfocada esencialmente a la práctica de la medicina en el medio hospitalario. Este autor enfatiza la necesidad de la estrecha cooperación entre médicos y otros profesionales involucrados en la atención de un paciente, la obligación de realizar adecuados registros clínicos y la limitación

del número de pacientes atendidos por un facultativo en beneficio de una mejor atención. Además, declara la obligación del profesional a entregar una oportuna información a los pacientes de sus diagnósticos y los tratamientos a efectuarse.

Entre otros hechos, denuncia la explotación de los pacientes para propósitos docentes y el abuso de los médicos mayores del trabajo de los médicos principiantes. Para Cabot el concepto maestro es la competencia, la práctica clínica incompetente no sería ética; el deber más importante del profesional es el dominio de su arte para el beneficio del paciente.

Como consecuencia de los trabajos de Cabot, el Dr. Chancey Leake plantea que la ética médica debería ocuparse de las consecuencias del trabajo del médico sobre su paciente individual y el total de la sociedad. La ética profesional debiera ser replanteada con una mirada de filosofía moral. Obviamente se introduce el viejo dilema, con que visión de filosofía moral debiera construirse los fundamentos de una nueva ética médica.

La historia contemporánea de la ética médica se inicia inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, a resultas de la conmoción provocada por los horrores del nazismo y específicamente a la realidad descubierta en la experimentación con seres humanos indefensos. El Código de Núremberg fue la respuesta de la sociedad occidental a los experimentos realizados por los médicos nazis en personas y enfatizan el consentimiento voluntario del ser humano sobre el cual se realizará la investigación y la responsabilidad ética y legal del experimentador científico.

A partir de los años 60 aparece la creciente inquietud y urgencia de un debate público sobre temas como muerte cerebral, control de natalidad, esterilización, inseminación artificial, eutanasia, trasplantes de órganos, eugenesia, bancos de espermios, etcétera. "Hasta ese momento, los científicos y los médicos en su mayoría no parecían creer que las cuestiones morales derivadas de esos temas pudiesen ser objetos de especialidades ajenas a la suya. En consecuencia, ese debate se daba casi exclusivamente al interior de las profesiones de la salud, pareciendo que al respecto lo único que el público podría esperar era una información veraz"¹¹.

Otras realidades se hicieron evidentes en la ya

compleja realidad social de esa época; los importantes lazos de la relación médico-paciente comienzan a deteriorarse y ya no había claridad en lo que constituía “beneficio” y que era “daño”. ¿Es “daño” experimentar en una persona moribunda para generar mejores medios de curar enfermedades para el “beneficio” de otros pacientes aun cuando ello no signifique “beneficio” para el sufriente? ¿Cómo manejar la creciente intimidad y los conflictos de interés entre las prácticas médicas con la investigación, con el complejo industrial farmacéutico, las disposiciones legales y las nuevas tecnologías? ¿Si algunos pacientes no pueden pagar por su cuidado médico, debe asumir su costo el total de la sociedad? ¿Quién debiera vivir y quien debiera morir? ¿Cómo podrían distribuirse con justicia los limitados recursos del cuidado de la salud? ¿Cómo podrían distribuirse con justicia los costos y beneficios de la investigación? ¿Cuán lejos pueden llegar los médicos, investigadores y el gobierno para generar conocimiento y felicidad para el pueblo? ¿Y por supuesto, quien debería decidir la respuesta sobre estas interrogantes?

Estas cuestiones ya habían sido planteadas en el campo de la filosofía, de las leyes y de la teología. Estas disciplinas encontrarían un nuevo hogar en el campo de la bioética secular pero con una diferencia. Se produce un cambio mayor cuando se analiza la relación entre el cuidado médico estandarizado con la investigación médica, relación borrosa en ese momento. Se comienza a cuestionar los roles del médico tratante y del investigador científico y su responsabilidad ética en una sociedad democrática, multicultural y pluralista.

En 1962, en la revista *Life*, en un artículo llamado “Ellos deciden quien vive y quien muere”, la periodista Shana Alexander, describe un verdadero experimento social: en la ciudad de Seattle, se entregó a un grupo de personas, muchas de las cuales ignoraban la medicina, la responsabilidad de tomar las decisiones de la elección de quienes accederían al tratamiento novedoso y salvador de la hemodiálisis, técnica cuya demanda superaba largamente la capacidad de oferta. Los médicos delegaron en la sociedad la difícil disyuntiva de discernir quien vivía y quien moría. El trabajo de esos ciudadanos, sus deliberaciones y conclusiones, constituyeron lo que sería el primer comité de ética médica.

En 1966, el profesor de Anestesiología de la Universidad de Harvard, Henry Beecher, publica en la prestigiosa revista médica *New England Journal of Medicine*, un artículo titulado “Ética e investigación científica” donde demuestra que alrededor de un doce por ciento de los artículos publicados en 10 importantes revistas médicas empleaban procedimientos reñidos con la ética.

Dos sucesos que más colaboraron al cambio de esta manera de ver las cosas fueron experimentos –objetables desde el punto de vista ético– que conmovieron profundamente a la opinión pública de los Estados Unidos de Norteamérica.

El primer hecho se produjo en la Willowbrook State School, una institución estatal para niños con deficiencia mental localizada en Staten Island, New York. Entre 1963 y 1966 se realizó un estudio científico donde niños sanos fueron intencionalmente inoculados vía oral e intramuscular con el virus causal de la Hepatitis A, tras lo cual se estudiaba los efectos de la gammaglobulina en los internos contagiados. El estudio debió ser suspendido por la presión de la opinión pública.

El segundo hecho, conocido como “The Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male”, se realizó entre 1932 y 1972 en Tuskegee, Alabama, conducido por la sección de enfermedades venéreas del U.S. Public Health Service. En esta investigación científica, fueron enrolados 399 personas de origen afroamericano, portadores de sífilis, en su mayoría pobres y analfabetos y a los cuales se les negó el tratamiento de su enfermedad. Los pacientes incluidos en el estudio no dieron su consentimiento ni fueron informados de su diagnóstico. Cuando se inició el estudio, en 1932, los tratamientos para la sífilis eran relativamente inefectivos y con severos efectos secundarios. Sin embargo la experiencia continuó después del año 1947, cuando la penicilina se transformó en el tratamiento de elección para dicha enfermedad, durante 25 años más. El 16 de Mayo de 1997, el entonces Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, Bill Clinton, en presencia de 5 de los 7 sobrevivientes del experimento pronunció estas palabras: “What was done cannot be undone, but we can end the silence... We can stop turning ours heads away. We can look at you in the eye, and finally said, on behalf of the American people, what the United States government did was sha-

meful and I am sorry”¹².

En gran medida como respuesta a la conmoción pública derivada de los experimentos mencionados, el año 1974 el Congreso Norteamericano creó la National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research y le encargó a un grupo de 11 expertos la tarea de identificar los principios éticos básicos que deberían regir las conductas de la investigación biomédica que involucraran a seres humanos. Es muy interesante describir la composición de dicho conjunto de expertos: tres profesores de medicina, dos investigadores biomédicos, tres abogados, un representante de la comunidad y dos filósofos. A pesar del prestigio de los miembros de dicho comité, las críticas no se hicieron esperar, ¿Bajo qué mandato constitucional u otra autoridad el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica podía mandar a un grupo de personas para que definieran “lo que era ético”? ¿Con que derecho, un grupo de personas podrían definir la corrección ética del trabajo de un investigador científico en una sociedad democrática y multicultural? ¿Cuáles serían los supuestos epistemológicos, metafísicos y teológicos en que se basaría para sus conclusiones?

Cuatro años más tarde, en 1978 el trabajo de la Comisión culmina con la aparición del Informe Belmont (llamado así porque su lugar de reuniones plenarias era la Belmont House, un centro de conferencias del Smithsonian Institution en Elkridge, Maryland). En su reporte final la Comisión satisfizo una parte del mandato parlamentario al identificar tres principales principios éticos que podrían utilizarse en la evaluación de la investigación en seres humanos: respeto por las personas (que rápidamente cambió su nombre por autonomía), justicia y beneficencia y que fueron conocidos también como “los Principios Belmont”, “el Mantra de Georgetown” o “Principialismo”. En 1981 estos tres principios éticos fueron elegidos como base para la evaluación de proyectos de investigación en seres humano financiados con fondos gubernamentales, con cual respondía a su segundo objetivo.

Así, 1978 se puede denominar como la fecha en la cual la bioética nació oficial y legalmente. Como segunda conclusión, emergió una metodología de análisis ético para determinar que era lo “correcto” e “incorrecto”, el principialismo, el cual con prontitud fue asimilado por médicos, investigadores, comités de ética hospitalaria y científica, gestores de salud, directores de instituciones, especialmente aquellas de larga estadía (hospicios), legisladores, abogados, políticos, periodistas y organizaciones de defensa de derechos humanos. De esa forma, la bioética se transformó en un tema transversal que interesó a todas las capas de la sociedad.

El Informe Belmont realizó una compleja tarea al intentar definir algunos términos sobre lo cuales aún no hay absoluto consenso; por ejemplo las definiciones del inicio de la gestación, del embrión y del feto. De hecho, para la Comisión, los embriones humanos no fueron reconocidos como “sujetos humanos de experimentación” y por tanto no estarían protegidos legalmente frente a experiencias científicas; hasta hoy, en Estados Unidos, esta definición es motivo de debate mayor.

El Informe Belmont realizó una compleja tarea al intentar definir algunos términos sobre lo cuales aún no hay absoluto consenso; por ejemplo las definiciones del inicio de la gestación, del embrión y del feto. De hecho, para la Comisión, los embriones humanos no fueron reconocidos como “sujetos humanos de experimentación” y por tanto no estarían protegidos legalmente frente a experiencias científicas; hasta hoy, en Estados Unidos, esta definición es motivo de debate mayor.

Los tres principios definidos por el Informe Belmont

Principio de Autonomía:

“Establece que el respeto por las personas exige que cada una de ellas sea tratada como un ente autónomo y que las personas en las que esa autonomía se encuentra disminuida sean acreedoras de una especial protección”¹³.

En el contexto de la bioética, la autonomía es entendida como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa; se trata de un concepto que cuyo sentido es mucho más restringido que el correspondiente concepto filosófico, con el que Kant hace referencia al carácter auto legislador de la voluntad humana.¹⁴

Como derivaciones de este principio surgen dos procedimientos prácticos que – a poco andar – adquieren gran notoriedad, el del consentimiento informado, por una parte, tendiendo que las personas puedan efectivamente decidir “con conocimiento de causa y sin coacción externa”; el segundo, complemento del anterior, que indica como tomar resoluciones de sustitución en el caso de quienes carecen de autonomía o que –por una u otra causa – la presentan temporal o definitivamente disminuida¹⁵.

Sin embargo, el principio de autonomía, al menos como fue planteado en el Informe Belmont,

ha tenido interpretaciones diferentes; por una parte, pareciera obvio que las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a los demás y se mantengan dentro del ámbito personal, deberán ser respetadas. Según ese principio, podrían aceptarse y de hecho así sucede, el suicidio voluntario o asistido, las operaciones transexuales, el uso de contraceptivos, el aborto, etc. Todas estas acciones pertenecen, según el principio, al ámbito de lo privado y por lo tanto no podrían ser conculcadas por el Estado ni en virtud de ninguna votación o legislación. Donde la aplicación del principio se complica notoriamente es en el ámbito de los no nacidos, embriones o fetos, ya que allí las diferentes concepciones filosóficas y teológicas le otorgan a esos seres un valor específico en base a conceptos o valores superiores cual serían la dignidad de la persona humana y el respeto a la vida.

Principio de Beneficencia:

Este principio, muy antiguo en la historia de la medicina fue enunciado ya por Hipócrates: “Llevaré adelante este régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos”. Define el derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad. Íntimamente relacionado con el principio de autonomía, determina también el deber de cada uno de buscar el bien de los otros, no de acuerdo a su propia manera de entenderlo, sino en función del bien que busca para sí.

La beneficencia, que en ese contexto no es entendida en el sentido de una acción caritativa cuyo cumplimiento es resorte de la voluntad de cada cual, sino que representa una obligación. Incluye dos aspectos: maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. A partir de este principio se generan procedimientos tendientes a la evaluación de esos riesgos y beneficios¹⁶.

El principio de beneficencia, no está exento de contradicciones si le somete a un análisis más profundo; al interpretarlo del modo hipocrático tradicional es claro que se trata de “hacer lo mejor para el paciente” o por lo menos “no hacer daño”; sin embargo, de inmediato aparece una segunda afirmación, eminentemente utilitaria, en términos de beneficios para la sociedad o el mejor bien para

la gran mayoría de las personas. Obviamente, se perciben aquí dos concepciones diferentes de beneficencia.

¿Cómo podría el beneficio referirse al bienestar de un paciente individual y al mismo tiempo en el mismo caso referirse al bienestar de toda la sociedad calculado en los crudos términos utilitarios de costo y beneficio? Claude Bernard, decía que un investigador científico no debería, bajo ningún motivo, dañar a una persona aun cuando ese daño podría beneficiar al conjunto de la humanidad.

El Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki declaran sin eufemismos que la protección del paciente siempre estará por sobre las necesidades de la ciencia o de la sociedad. En ese contexto, una concepción utilitaria del concepto estaría vulnerando el valor superior que es el respeto por la vida.

De este modo, las “buenas acciones” quedan fuera del actual concepto de beneficencia, no estarían justificados éticamente entonces la eutanasia y el aborto de un feto con malformaciones. La afirmación que el modo de que funcione la sociedad es hacer el bien a los demás no sería entonces válido.

Principio de Justicia:

Establece la obligación de que haya una distribución igualitaria de los riesgos y beneficios; a partir de él se define un procedimiento tendiente a una selección equitativa de los sujetos de experimentación¹⁷. Además de ello, define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas. Determina el deber correspondiente de respetar la diversidad en la sociedad.

El principio de justicia se asimila al de equidad, equidad en la distribución de los recursos, de los beneficios y de los costos de la investigación.

Aristóteles expresa este concepto con claridad: “¿Acaso, en verdad, es posible ser víctima de una injusticia voluntariamente, o, por el contrario, esto es siempre involuntario, como el cometer la injusticia es siempre voluntario? ¿O es así, o de otra manera, o es unas veces voluntario y otras involuntario? Y lo mismo, cuando uno es tratado justamente, porque el obrar justamente es siempre voluntario...pero parecería absurdo, si siendo tratado justamente, fuera siempre voluntario, porque algunos son tratados justamente sin quererlo ellos¹⁸ y cuando se refiere a la equidad: “lo equitativo,

si bien es mejor que una cierta clase de justicia, es justo, y no es mejor que lo justo, como si se tratara de otro género. Así lo justo y lo equitativo son lo mismo, y aunque ambos son buenos, es mejor lo equitativo¹⁹.

Por extensión, el médico tendría responsabilidad en la asignación de los recursos de salud disponibles, no solo frente a la persona individual, sino también frente a la población en general o a un grupo de pacientes.

Sin duda, las conclusiones del Informe Belmont fueron el primer intento de establecer criterios bioéticos generales, pero no podemos obviar que fueron trabajados y concebidos en el marco de una referencia ética para la regulación en la investigación en seres humanos.

En el año 1979 se publica *Principles of Biomedical Ethics*, de los autores Tom L. Beauchamp y James F. Childress. El primero, especialista en bioética de la Universidad de Georgetown y el segundo, filósofo y teólogo de la Universidad de Virginia. Este libro genera un cambio notable en la situación existente al intentar involucrar la reflexión ética - hasta la fecha centrada solo en los problemas derivados de la experimentación científica en sujetos humanos - al ámbito completo de de la práctica clínica y asistencial. La obra, que mereció una gran difusión y que hasta nuestros días es un texto clásico de referencia, sienta las bases de una ética biomédica, creando un procedimiento metodológico secular para abordar los problemas que se presentan en la práctica clínica cotidiana denominado desde entonces “principialismo”.

Beauchamp y Childress amplían el número de principios enunciados por el Informe Belmont, agregando un cuarto, al que denominaron “principio de no-maleficencia”, antes incluido en el principio de beneficencia. El principio de la no maleficencia subraya que la obligación de no hacer el mal a otros sería más exigente que el de hacerles el bien. Por tanto, determina el correspondiente deber de no hacer daño, aun cuando fuera solicitado expresamente. Del mismo modo define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas, como raza, sexo, edad, situación de salud, etc.

Dichos autores sostienen que la aplicación de estos principios podría lograr encontrar soluciones

frente a hechos concretos, superando de ese modo el enfrentamiento teórico entre deontología y teleología.

Sin embargo, esta necesidad de recurrir a fundamentos – aunque sean mínimos – nos confronta al hecho que la aplicación de estos principios puede generar contradicciones cuando se intentan utilizar para solucionar casos específicos. Sucede con frecuencia que los principios de autonomía y beneficencia entran en contradicción con los de no maleficencia y de justicia. Por consiguiente, en algunas circunstancias es preciso postergar alguno de estos principios otorgando prioridad a otros.

Sir David Ross, filósofo escocés en su obra “*The Right and the Good*” (1930) argumenta que la maximización del bien es solo uno de los deberes prima facie que podrían jugar un rol determinando el contenido de la corrección moral en cualquier caso. En toda situación, existen deberes prima facie que pueden contradecirse con otros, sin embargo ello no debería constituir un dilema ético ya que siempre habrá una obligación moral que sobrepasa al resto de los deberes. Este hecho lo denomina “the absolute obligation” o deber actual o real.

Basándose en los postulados de Ross, Beauchamp y Childress, sugieren que hay que considerar las consecuencias de la aplicación de cada uno de los deberes en conflicto y decidir de acuerdo con ellos. En cada caso analizado, deberemos determinar el criterio que nos permita definir cuáles son las mejores consecuencias, o las menos malas, desde el punto de vista moral. Se plantea entonces, la necesidad de establecer una jerarquía entre los principios, que defina cual debe tener la prioridad en caso de conflicto.

Tal jerarquía consta de una premisa ontológica básica: el hombre es persona y en tanto que tal tiene dignidad y no tiene precio y una premisa axiológica: en tanto personas, todos los hombres son iguales y merecen toda consideración y respeto. Por lo tanto, en caso de conflicto, los principios de no maleficencia y de justicia, tendrían prioridad sobre los de autonomía y beneficencia. Ello se traduce en que las obligaciones derivadas de los primeros pueden ser impuestas, incluso coactivamente, a todos los miembros de la sociedad. En cambio, los dos últimos principios, definen ideales de vida buena, perfección y felicidad que

pueden ser propuestos pero no impuestos a todos los miembros de la sociedad.

H. Tristram Engelhardt, médico católico especialista en bioética y profesor universitario de medicina y filosofía en su libro *Los fundamentos de la bioética*, afirma que hay dos maneras de enfocar la bioética. Una a la que denomina “bioética secular” y otra “bioética moral”. En esta última distingue una bioética moral “para amigos” y otra bioética moral “para extraños”. Frente a un grupo concreto una persona puede ser un extraño moral o un amigo moral. La bioética secular es aquella que se fundamenta únicamente en unos principios aceptados por todos los miembros de una sociedad pluralista. En una bioética moral también se admiten principios éticos de base religiosa. Por lo tanto, en una sociedad multicultural cabe la posibilidad que grupos sociales con una determinada moral religiosa y por lo tanto con más principios y determinaciones que la moral secular coexista en el seno de la sociedad considerada como un todo. Adela Cortina y Diego Gracia, dos pensadores de habla hispana, hablan directamente de mínimos y máximos morales, imaginando que deben existir ciertos principios, valores, actitudes y hábitos que configuran mínimos morales que representan la condición base de la convivencia democrática y a los que no podemos renunciar sin renunciar a la vez a la propia humanidad.

“Como consecuencia del proceso de globalización en curso, hoy conviven dentro de una misma sociedad los que podríamos llamar “extraños morales; esto es, personas que tienen distintas concepciones de la vida buena, distintos ideales en lo que respecta al bien y a la felicidad, distintas creencias religiosas, ideas políticas y filosóficas; en suma personas que pertenecen a diversas tradiciones y que -a diferencia de lo que sucedía en las sociedades premodernas- demandan que se les reconozcan condiciones de igualdad”²⁰.

“La ética contemporánea tiene que coordinar, por lo tanto, dos aspiraciones aparentemente contradictorias entre sí, pero igualmente necesarias dadas las actuales condiciones de la vida en sociedad: la del respeto de a las diferencias valoricas y -puesto que los extraños morales para poder vivir armónicamente deben aceptar ciertas obligaciones vinculantes para todos- la de descubrir un fundamento para normas de validez universal”²¹.

En las últimas décadas se ha estado asistiendo a un redescubrimiento de la persona y su dignidad como referente obligatorio de toda reflexión ética y no solamente como una definición teológica sino como componente esencial de diversas corrientes filosóficas de orientación muy diversa, desde el Cristianismo hasta el Humanismo ateo, el Neo-Tomismo, el Existencialismo, la Fenomenología y el Neo-Marxismo, por enumerar las más importantes. La afirmación del valor de la persona ya no es objeto de debate sino que se ha convertido en un mínimo moral unificador. El reconocimiento de la dignidad de la persona debería expresarse en actos de afirmación de la persona misma, sujeto de esta dignidad. Autores contemporáneos como E. Pellegrino han elaborado, a partir de ese concepto singular, la llamada “ética de la virtud”. La dignidad humana es constitutiva del ser del hombre, su respeto exige el respeto a cada uno individualmente, valorándose la igualdad entre todos ellos y su maravillosa diversidad y distinción individual.

En nuestro país, la Bioética y la Ética Clínica se han desarrollado formalmente recién a partir de fines de la década de los 80. Dos centros universitarios iniciaron la docencia e investigación en este campo: el Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, creado en 1988 y en Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Posteriormente, varios centros universitarios se han agregado con iniciativas concretas destinadas al cultivo y enseñanza de esta disciplina. Existe además el Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, que estableció mediante un convenio firmado en 1994 entre el Gobierno de Chile, la Universidad de Chile y la Organización Panamericana de la Salud y que tiene su sede en Santiago. Existen varios programas de Magister en Bioética y Ética Médica y en la actualidad los cursos de Bioética y Ética Médica forman parte obligada del programa de estudios de los profesionales de la salud en la gran mayoría de las universidades nacionales. Las materias abordadas y su metodología son muy variados y van desde aspectos de deontología médica hasta modelos de discusión y análisis de dilemas éticos. La orientación de los contenidos está en directa relación con las diversas corrientes filosóficas,

morales que se reflejan en los conceptos de misión de las universidades y van desde enfoques principialistas hasta enfoques bioéticos morales.

“A pesar de ello, la experiencia muestra que generalmente los médicos egresados, en el campo de la bioética, carecen del entrenamiento y competencias equivalentes al que logran en los conocimientos teóricos y habilidades prácticas en la dimensión técnica de su formación. El actual desarrollo de la medicina basada en la evidencia facilita validar la real utilidad de las diversas intervenciones médicas tanto diagnósticas como terapéuticas. Contamos en ese campo con criterios objetivos que nos permiten juzgar la calidad técnica de las diversas acciones medicas actualmente disponibles y lo hacemos habitualmente en razón de su eficacia, utilidad, seguridad, rapidez, facilidad de aplicación y costos que cada una de ellas conlleva... ¿Al contrario, con referencia a que criterios podemos juzgar la calidad ética de nuestros actos? Y sin embargo, ambas dimensiones están indisolublemente unidas”²².

La complejidad de la medicina moderna hace que la toma de decisiones no sea siempre fácil. Bernard Lo define operacionalmente un problema ético-clínico como “una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o simplemente se hace. Un médico se ve enfrentado a un problema de naturaleza ética cada vez que en su práctica clínica se le plantea la pregunta por el deber ser de sus actos, en oposición al simple poder hacer”²³.

Hoy en día, gracias a la globalización, el desarrollo de la genómica y los experimentos con embriones y células germinales, todo ello acompañado de una desmesurada resonancia mediática, el tema bioético ha experimentado un notable desarrollo. Ello ha producido una verdadera avalancha de cursos, ofertas educativas, publicaciones y revistas, con participación de filósofos, médicos, científicos sociales y otros expertos. A pesar de ello, y por las particulares características de esta disciplina aún no se ha llegado a determinar una identidad metodológica incluso cuando se practicara en su sentido más purista.

En principio, pareciera importante distinguir, para

enseñar bioética, entre una educación en bioética destinada a la formación de personas involucradas en el cuidado de la salud o en investigadores biológicos y una educación bioética entregada como complemento de una formación general humanística o científica. En el segundo caso, se trataría de un tópico necesario de la cultura contemporánea; en el primero, un elemento vital para la práctica de su profesión.

“Otra distinción necesaria debe establecerse entre contenidos temáticos y formas de argumentación, pues evidentemente no se trata solo de familiarizar a los estudiantes (y toda persona, según nuestro punto de vista debería serlo) con un listado de tópicos, sino sobre todo con un procedimiento para llegar arribar a convicciones, certidumbres y consensos... lo que ha cambiado es que hoy de verdad lo que ocurre en la ciencia y la medicina nos afecta a todos, por la naturaleza expansiva de su quehacer y la capacidad de su dominio, unidos al muy trivial hecho de que los problemas técnicos hace tiempo que dejaron de serlos y se transformaron en humanos”²⁴.

“A pesar que la pedagogía de la bioética aún no está bien definida, el Hastings Center en su reporte Bioethics education. Expanding the circle of participants (Thornton BC et als, 1993) estableció un currículo esencial de seis grandes áreas, con las que el estudiante debería estar familiarizado:

- La historia de la medicina y de la ética médica, esenciales componentes de toda teoría bioética actual. Es importante desarrollar una visión en perspectiva desde la medicina griega hasta el cuidado de la salud contemporánea para comprender los códigos que normaron las prácticas, el desarrollo de las ideas y la forma de institucionalización de los oficios relacionados con la vida.
- Una segunda área se refiere a los fundamentos teóricos y los métodos de análisis. Aquí debería incluirse un examen comparativo de las fuentes de convicciones importantes, por ejemplo las religiones y los sistemas religiosos. Una “conversación” con estas perspectivas parece esencial.
- En tercer término, es necesaria una cierta especificidad en relación con lo que ha venido a configurar como “bioética” en sentido estricto, que no es separable del contexto cultural es-

tadounidense y sus prácticas. Los temas de la bioética tocan disciplinas establecidas, llámense derecho, salud pública, medicina intensiva y es necesario identificar el “componente bioético” de sus respectivos discursos, ojala mediante un análisis de sus fuentes documentales.

- Cuestiones morales del profesionalismo. Los dilemas que se refieren a los deberes morales en campos especializados son estudiados frecuentemente de manera abstracta, a través de la discusión de principios ético-morales o teorías religiosas. Hoy día, los sujetos éticos a que se enfrentan los profesionales de la salud son más complejos y muchas instituciones ofrecen cursos de formación enfocados en el campo de la relación médico-paciente. Los programas de bioética se están focalizando en ofrecer a los profesionales una formación sólida en sus problemas específicos de la práctica cotidiana.
- El contexto cultural de la Bioética. En íntima relación con el punto anterior, es necesario examinar los temas identificados en una perspectiva transcultural. De otro modo carecen de significado, pues es sabido que las prácticas legales, el significado y alcance de los términos y las formas de interacción sociales varían de cultura en cultura. No es infrecuente encontrar una apreciación inadecuada de la propia herencia cultural e incluso desconocimiento de lo que constituye la práctica corriente. Por tanto, una visión que involucre los contextos legales.
- sociales, religiosos y culturales debe ser siempre considerada en la enseñanza de esta disciplina. Todavía seguimos pensando, por ejemplo que las familias latinoamericanas son todas “familias extendidas” dispuestas a cuidar de sus ancianos cuando la realidad urbana de las grandes ciudades no es muy diferente a la de otras partes del mundo.
- Finalmente, es importante que cualquiera persona interesada por el tema bioético sepa dónde y cómo encontrar recursos para su estudio y reflexión. Ello no solo incluye revistas y libros sino también personas e instituciones, además de un conocimiento, que nunca podrá ser cabal, de lo que ofrece Internet.

“Estas áreas, identificadas por el grupo de trabajo del Hastings Center, se encuentran sometidas

a cambios permanentes, y todas deben ser adaptadas al contexto en que se impartan, al método escogido para implantarlas y los destinatarios. Ya hemos indicado que entre ellos se encuentran personas que necesitan conocimiento experto, como los médicos clínicos, los miembros de comités de ética y personas que deben planificar o estudiar políticas sanitarias y científicas”²⁵. Mas hay también personas que no se encuentran ni se encontrarán previsiblemente desempeñando ninguno de estos papeles, pero deberán asumir el de “socio” o “interlocutor en muchos debates que afectan la vida y la muerte de personas o el cuidado de la naturaleza. Estas personas son tan importantes como las primeras, especialmente en aquellas comunidades de escasa diferenciación profesional, en las cuales las demanda suelen ser difíciles de cumplir no solo por irreales sino también por inadecuada expresión.

Finalmente, los objetivos establecidos por Callahan en 1980 para la enseñanza de la Bioética continúan teniendo vigencia para cualquier docente que intente aplicar la teoría a la práctica. Estos objetivos son:

1. Estimular la imaginación moral.
2. Reconocer los asuntos éticos.
3. Desarrollar competencias analíticas.
4. Lograr la percepción de las obligaciones morales y de la responsabilidad individual.
5. Tolerar y resistir el desacuerdo y la ambigüedad.

Para alcanzar estos objetivos, los cursos de Bioética requieren prestar atención a los contenidos y al proceso. Contenido se refiere a los hechos que aprendemos y proceso es la forma como aplicamos lo que aprendemos. Solo concibiendo seriamente el carácter interdisciplinario de este campo los estudiantes podrán encontrar los caminos para integrar ambos conceptos.

Bibliografía.

1. Pilar Ruiz de Gauna. Clase magistral. Módulo de Epistemología. Programa de Magister en Educación en Ciencias Biomédicas. Escuela de Medicina, Universidad de Chile, 2007.
2. Juan Pablo II. Constitución Apostólica del Sumo Pontífice Juan Pablo II sobre las Universidades Ca-

- tólicas. Ex Corde Ecclesiae (Del Corazón de la Iglesia). Capítulo I, 14. Disponible en: <http://www.secretaria-ucm.cl>, Ex Corde Ecclesiae.pdf
3. Juan Pablo II. Discurso a la UNESCO el 02-06-1980, n.22: AAS 72,1980.
4. Juan Pablo II. Ex Corde Ecclesiae. Capítulo II, 20.
5. Leonardo Boff. 2001. <http://www.leonardoboff.com/site-esp/boff.htm>.
6. Aristóteles. “Ética Nicomáquea. Ética Eufémica”. Biblioteca Clásica Gredos. Primera Edición. Sexta Reimpresión. Madrid, 2003. Introducción, Pág. 11-12
7. Aristóteles, Opus cit. Libro II, 1,110.
8. Aristóteles. Opus cit. Libro I, 7.
9. Manuel García U. Tema 61. Ética Médica. Problemas en la práctica clínica. Información al paciente. Consentimiento informado. <http://www.geocites.com/Capecanaverall/Launchpad/1602/pag12>, accesada 21/03/2016
10. Manuel García U. Opus cit., página 23
11. A. Escribar, M. Pérez, R. Villarroel “Bioética. Fundamentos y Dimensión Práctica”. Editorial Mediterráneo. Santiago 2004, página. 128.(1)(1)
12. Wikipedia. (internet). Tuskegee syphilis experiment. 2017 (citado 2017 May 22. Disponible en https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Tukegee_syphilis_experiment&oldid=777736590
13. A. Escribar, M. Pérez, R. Villarroel; opus cit., Pág. 130.
Escribar A, Perez M, Villarroel R. Bioética: fundamentos y dimensión práctica. Santiago: Mediterráneo; 2004. 130 p.
14. A. Escribar, M. Pérez, R. Villarroel; opus cit., Pág. 132.
15. A. Escribar, M. Pérez, R. Villarroel; opus cit., Pág. 131.
16. A. Escribar, M. Pérez, R. Villarroel, opus cit., Pág. 130.
17. Aristóteles. Ética Nicomáquea; Ética Eudemia. Madrid: Gredos; 2003, página 245.
18. Aristóteles. Ética Nicomáquea; Ética Eudemia. Madrid: Gredos; 2003, página 264.
19. Escribar A. El reconocimiento de mínimos morales: condición de posibilidad de una moral pública en las modernas sociedades pluralistas. Semin Filosofía [Internet]. 2003 [citado 22 May 2017];16, página 145. Disponible en: www.plataforma.uchile.cl
20. Escribar A. El reconocimiento de mínimos morales: condición de posibilidad de una moral pública en las modernas sociedades pluralistas. Semin Filosofía [Internet]. 2003 [citado 22 May 2017];16:página 2. Disponible en: www.plataforma.uchile.cl
21. Taboada P. Ética clínica: principios básicos y Modelo de Análisis. Bol Esc Med [Internet]. 1998 [citado 2017 Mayo 22]; 27(1), 7-13. Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Etica/Etica02.html>
22. Lo B. Archives of Internal Medicine, Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient 1981; 141: 1063- 1064..
23. Fernando Lolas. “Bioética y Antropología Médica”. Publicaciones Técnicas Mediterráneo; Santiago, 2000. Página 54.
Lolas F. Bioética y Antropología Médica. Santiago: Mediterráneo; 2000, página 19
24. Fernando Lolas, opus cit, página 56. (Los énfasis son del autor).
25. Lolas F. Bioética y Antropología Médica. Santiago: Mediterráneo; 2000,página 54