

ÉTICA Y BIOÉTICA EN EDUCACIÓN MÉDICA

Dra. María Elena González-Inciarte

RESUMEN

La Ética viene del griego *ethos*, "conjunto de valores y hábitos admitidos por la tradición cultural de un pueblo". La Bioética se origina en la ética médica. En los '90s, la Bioética se introdujo en todo el continente. En Latinoamérica da sus nacientes pasos en la década de los '80 (Argentina, Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela). La educación médica ha hecho énfasis en los aspectos biológico-técnicos de la medicina a expensas de lo psicosocial, provocando un retroceso en las cualidades humanistas. Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones, diferenciándolas de los oficios, es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos; es característico que sus miembros busquen la virtud. No hay calidad posible sin búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la Ética.

Palabras claves: Historia. Bioética. Ética. Educación médica.

ABSTRACT.

Ethics comes from the Greek *ethos*, "a set of values and habits admitted by the cultural tradition of a people". Bioethics originates in medical ethics. In the '90s, Bioethics was introduced throughout the continent. In Latin America, it has its nascent steps in the 80's (Argentina, Colombia, Chile, Mexico, Brazil and Venezuela). Medical education has emphasized the biological-technical aspects of medicine at the expense of the psychosocial, causing a setback in humanistic qualities. One of the elements that have historically defined the professions, differentiating them from the trades, is that their responsibilities have been defined more in moral than legal terms; it is characteristic that its members seek virtue. There is no quality possible without the pursuit of excellence and the promotion of excellence is the proper goal of Ethics.

Key words: History. Bioethical. Ethics. Medical education.

Como introducción a este artículo, quisiera exponer la razón por la cual lo he hecho. Durante la selección del tema para el trabajo de ascenso para Profesora Asociada, pensé que era interesante indagar sobre el conocimiento que tenemos sobre la Ética y la Bioética en nuestro ejercicio como pediatras e intensivistas, eso me llevó a leer sobre la historia y evolución de ambas en relación a la Carrera Médica, lo cual fue bastante interesante, y muchos lo desconocemos, es por ello que comparto el mismo con los lectores y amantes de la Historia de la Medicina. La Ética viene del griego *ethos* que significa costumbres, esto es, el conjunto de valores y hábitos admitidos por la tradición cultural de un pueblo o grupo humano (1). La expresión *bioética* tiene una raíz griega: *bios* (vida) y *éthos* (ética). La acuñación de este término denota su campo de estudio: *la reflexión ética sobre la vida humana*. La definición clásica de bioética se encuentra en la *Encyclopaedia of Bioethics*: estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales" (propuesto por Reich en 1978). La Bioética es una disciplina que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, y de las relaciones del hombre con el resto de los seres vivos (2)

* Médico Pediatra. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia. Correo: nenagoin@gmail.com Julio 2016, Reenvío mayo 1, 2017

Su origen se remonta al de la ética médica. Los testimonios más antiguos están en Mesopotamia y Egipto, donde se regulan el desarrollo de la primitiva práctica médica. Se tiene el *Código de Hammurabi* (1753 a.C.), que dice “si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha curado a ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo del señor con la lanza de bronce y ha curado el ojo de ese señor, recibirá diez siclos de plata”. Ahora bien, si le mata o le destruye el ojo, al médico se le amputará la mano. Si es practicada en un hijo de un subalterno, recibirá cinco siclos de plata. Si es un esclavo, su propietario dará al médico dos siclos de plata. Pero si le mata, entregará esclavo por esclavo. La contribución esencial es la del griego *Hipócrates* (460-370 a.C.), al que se le atribuye el *Juramento Hipocrático* (3).

Guillem D cita a José Ramón Amor Pan, quien expresó que el Juramento Hipocrático es “el documento fundamental de la ética médica occidental y el texto canónico del paternalismo médico”. El *Paternalismo* puede entenderse como “el hábito de tratar y gobernar a los demás como el padre trata y gobierna a sus hijos menores de edad”, y citando a Diego Gracia, quien dice que, tradicionalmente, el médico se ha visto a sí mismo como un pequeño patriarca que ejerce su dominio sobre sus pacientes y exigía de éstos, obediencia y sumisión. En el *Antiguo Testamento* (200 a.C.) se puede leer: “hijo, en la enfermedad no te impacientes; pero ruega a Dios, que Él te curará. Aléjate de la falta y la parcialidad, y de todo pecado limpia el corazón. Ofrece el incienso y la oblación con el memorial, y haz sacrificios tan pingües como lo permite tu fortuna. Mas da también lugar al médico y no se aparte de ti, pues también él te es necesario”. En el *Juramento de Asaph* (siglo VI d.C.) se aconseja a los médicos: “tened cuidado de no matar a ningún hombre con la savia de una raíz; no daréis poción a mujer embarazada por adulterio para hacerla abortar (...); y no revelareis secretos que os hayan sido confiados; (...) y no endureceréis vuestros corazones en contra de los pobres y los necesitados, sino que los sanaréis; y no llamaréis al bien mal ni al mal bien (...)”. La Plegaria del Médico (1167 y 1190) fue escrita por Maimónides, la cual describe en algunos de sus fragmentos: Dios todo poderoso (...) no permitas que la sed de ganancias o que la ambición de gloria y admiración, hayan de interferir en la práctica de mi profesión, pues éstas son los enemigos de la verdad y del amor a la humanidad, y pueden descarriar el noble deber de atender al bienestar a tus criaturas (...) que esté siempre dispuesto con ánimo de ayudar y a sostener al rico y al pobre, al bueno y al malo, al enemigo como al amigo. Haz que en el que sufre, yo no vea más que al hombre (...)” (4).

La Escolástica desarrolla la Teología Moral, tratando los temas sobre la Ley Natural, la conservación de la vida, las acciones de doble efecto, el voluntario indirecto, y los aspectos del quinto mandamiento. Es a partir del siglo XVII, cuando aparecen algunos libros que relacionan la medicina y la moral, tal como *Las Cuestiones Médico-Legales*, del romano Zacchia (1584-1659). A finales del siglo XVIII, se afianza el pensamiento cristiano, una elaboración laica de los deberes del médico, que recibe más tarde la denominación de Deontología Médica. En el siglo XIX, se sistematiza la reflexión teológica moral con los manuales de Teología Moral y el desarrollo de los libros de Medicina Pastoral y de Ética Médica (3).

La investigación biomédica en Alemania entre 1900 y 1930 era considerada como la más avanzada del momento, no sólo en relación con los avances en distintos campos, sino también en relación con las normas y reglamentos éticos y legales de protección de los sujetos de investigación. De hecho, el Gobierno del Reich Prusiano promulgó, en 1900, una serie de normas éticas relativas a la experimentación en humanos con nuevas herramientas, denominado *Código Ético de Berlín* (Normas Prusianas). Años después, el Ministerio del Interior del Reich dictó unas “Directrices para nuevas terapias y experimentación en humanos” (1931) que recogían la doctrina legal del consentimiento informado, prohibiéndose la experimentación con moribundos y con necesitados económicos o sociales, respetar la proporcionalidad

riesgo/beneficio y la necesidad de la experimentación previa en animales. La llegada al poder del Partido Nacional Socialista de Adolf Hitler, en 1933, produjo una ruptura con este tipo de disposiciones, invirtiendo completamente los principios básicos del respeto a los sujetos participantes en investigaciones médicas. Puso en marcha una política racista en defensa de una “*raza superior*” en la que se vieron implicados un gran número de profesionales sanitarios (5,6).

En el año 2007 se descubrió que el vocablo “bioética” no es una creación de Van Renssealer Potter, sino un invento del teólogo protestante Fritz Jahr (*de Halle an der Saale*), quien dio tal título a un artículo del año 1927 titulado: “Bio-Ethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants”, publicado en la revista *Kosmos. Handweiser für Naturfreund* (7). Ha sido llamado con razón el “Padre de la Bioética”, y quien desarrolló luego, en publicaciones de menor circulación, su visión de un Imperativo Bioético universal. Resulta llamativo que una revista prestigiosa y reconocida, sólo comparable con la reputación de las actuales “Nature” y “Science”, aceptara un artículo de un ignoto pastor protestante, que nunca había publicado antes, por el solo mérito de haber introducido un concepto innovador que reemplazaba al formal Imperativo Categórico de Kant (8).

En 1946, en la ciudad de Londres, se constituye la *Asociación Médica Mundial* (AMM). Terminada la II Guerra Mundial, los excesos del periodo nazi motivaron la redacción del *Código de Nüremberg* (Normas éticas acerca de la experimentación en seres humanos, 1947) en el que se intentaba conciliar la investigación médica y la ética. Fue producto del “*Juicio de los Médicos*” o el “*Caso Médico*”; tuvo su pronunciamiento el 19 de agosto de 1947, con la imposición de la pena de muerte por horca a siete médicos. Sus autores fueron los médicos Leo Alexander y Andrew Ivy. En el código se insistía en el consentimiento informado y voluntario de las personas sometidas al experimento (sin ningún tipo de coerción), la necesidad de evitar todo sufrimiento físico y mental innecesario, y la evidencia de que el experimento sea necesario y que conllevará un beneficio para toda la humanidad. Los experimentos éticamente reprobables no han sido una exclusiva de la Alemania nazi. Lamentablemente en otros países se siguieron produciendo, a pesar de las normativas internacionales, lo que pone de manifiesto las tensiones entre la necesidad de la “evidencia” y los procedimientos usados para obtenerla (5,7).

A la vista de todos los experimentos, la Iglesia Católica, decidió pronunciarse y definir su visión moral en lo que se refiere a investigación médica. En 1952, en un discurso a los asistentes al I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso, el Papa Pío XII definió 3 criterios al respecto: 1. El investigador no puede abdicar a su responsabilidad ética, 2. Los intereses de la ciencia y de la sociedad, del investigador y del propio sujeto no tienen valor absoluto, sino que han de someterse a normas morales superiores, 3. La ética debe constituir un límite a la ciencia para encauzarla y humanizarla (5). La AMM, en 1954, en su 8va asamblea general, adoptó la “*Resolución sobre Experimentación Humana: Principios para Aquellos en Experimentación e Investigación*” (4).

En 1957, el papa Pío XII participa en un congreso mundial de anestesiología, en respuesta a las inquietudes de un grupo de profesionales acerca de cuestiones relativas a las técnicas de resucitación y la respiración artificial. Puntualmente, los médicos preguntaron a la máxima autoridad de la Iglesia Católica si los médicos tenían el derecho o la obligación de utilizar la tecnología de respiración artificial en todos los casos, incluidos aquellos sin esperanza de recuperación, si tenían el derecho o la obligación de retirar el respirador en estos casos, aun cuando esto resultara en la muerte inmediata del paciente. Asimismo se le consultaba acerca de cuándo considerar que la persona estaba muerta en los casos en que la función cardiorrespiratoria (criterio que determinaba el diagnóstico de la muerte hasta que fue adaptándose el criterio de muerte cerebral en las décadas siguientes) era sostenida por medio del

respirador. Pío XII eludió pronunciarse sobre esta última cuestión (no era competencia de la Iglesia definir cuáles debían ser los criterios para determinar el momento de la muerte, dado que no podía deducirse de ningún principio religioso), y se abocó a delinear principios éticos que los profesionales deberían atender al momento de sostener o discontinuar la respiración artificial de pacientes que fallecerían sin este recurso. En su intervención, Pío XII retomaría la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, de larga tradición entre los teólogos y moralistas católicos, con las que se reflexionaba acerca del alcance de la obligación moral de preservar la propia vida. Así mismo, dijo en esa ocasión: “si entre la narcosis y el acortamiento de la vida no existe nexo causal alguno directo, puesto por la voluntad de los interesados o por la naturaleza de las cosas (...) y, si por el contrario, la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte, el alivio de los dolores y, por otra, la abreviación de la vida, entonces es lícita”. Este es un documento al que no se le ha otorgado la relevancia y trascendencia que realmente tiene. Evidentemente condena la eutanasia y subraya la dignidad de la vida humana, pero precisamente por ello, rechaza lo que posteriormente se llamará “encarnizamiento terapéutico” y, de alguna manera, anticipa lo que hoy se hace en los llamados cuidados paliativos. Por otro lado, introdujo, oficialmente, “el principio del doble efecto”. El Papa Pío XII fue el gran precursor del Concilio Vaticano II, que se inició bajo la inspiración iluminada de Juan XXIII, y se desarrolló y concluyó bajo la guía firme y orientadora de Pablo VI, continuada y renovada bajo el pontificado de Juan Pablo II (9,10).

Este mismo año, en la sentencia del Tribunal Supremo de Justicia de California, sobre el caso *Salgo vs Leland Stanford Jr*, aparece por primera vez el *Consentimiento Informado* (4,5). La AMM, en 1960, publica en su revista una amplia sección sobre experimentación humana; y en 1961, el Comité de Ética, produce un borrador de un *Código de Ética sobre Experimentación Humana*, que se publica el año siguiente en el *British Medical Journal* (11).

En 1962, Van Rensselaer Potter II, oncólogo, en una conferencia titulada “*Un puente hacia el futuro, el concepto de progreso humano*”, pone en marcha el desarrollo de la Bioética. El 3 de noviembre del mismo año, la revista “*Life*”, publica un artículo titulado “*They decide who lives, who dies*”, por Shana Alexander, donde contaba la historia de un Comité, establecido en Seattle, cuya misión fue seleccionar pacientes a quienes se pudiera ofrecer la hemodiálisis, ya que muchas personas requerían el tratamiento y no todas podían ser atendidas. La solución fue recomendar la selección a un grupo de personas, no médicos, sin entrenamiento en ética, quienes juzgarían sobre la base de antecedentes distintos de los clínicos. El comité hizo lo que pudo, en su discernimiento, pero no llegó a jerarquizar prioridades (4,12).

El *Código de Nüremberg* no tuvo aceptación general sobre los aspectos éticos de la investigación humana, por lo que después de varias reuniones, la AMM, en la 8va asamblea realizada en Helsinki (1964), adopta la versión final de su código de ética de 1962, la *Declaración de Helsinki*. Éste paso a ser la norma internacional sobre ética de la investigación biomédica recogiendo el espíritu del *Código de Nüremberg* y perfeccionándolo. Además de actualizar el código, fue el resultado de la catástrofe generada por la pobre, rápida y poca contralada investigación del medicamento *Talidomida* antes de ser comercializado (4, 5, 11,13).

En 1966, Henry Boecher, profesor de anestesia en la Universidad de Harvard, publicó en la revista *New England Journal of Medicine* un artículo titulado “*Ethics and Clinical Research*”, donde declara no éticos 12 de 100 artículos publicados. Joseph Fletcher, un teólogo protestante, publicó el libro titulado “*Situation Ethics: The New Morality*”, hizo un análisis ético de carácter civil sin reflexión teológica, y viene a decir que una acción así sea hecha con verdadero amor, debe ser juzgada según si contribuye o no al mayor bien para la mayor cantidad de gente (4).

Para el año 1967, Christiaan Barnard realiza el primer *trasplante de corazón*, en el Hospital Groote Schuur, en Ciudad del Cabo (Sudáfrica). Edward Darvall, dio su consentimiento no solo para el trasplante del corazón de su hija (Denise), sino también para el trasplante de los riñones con la finalidad de que fueran aprovechados por otro paciente. Es el primer ejemplo conocido de una extracción doble de órganos independientes. Este hecho no solo fue importante en la historia de la medicina, sino de la bioética, ya que el trasplante de corazón, además de las connotaciones sentimentales que tiene, exige la muerte del donante, lo cual provoca una serie de cuestiones, desde conocer la intención del muerto de donar un órgano hasta saber el estatus jurídico del “*cadáver viviente*”, que hay que mantener en buen estado hasta concretar la operación (4,14).

En 1968, el comité de la Facultad de Medicina de Harvard, dirigidos por el Dr. Boecher, y constituido por 10 médicos, un abogado, un teólogo y un historiador, formula el primer criterio para la determinación de la muerte basado en un total y permanente daño cerebral, acuñándose el concepto de “*muerte cerebral*”. Este mismo año se publican en la revista JAMA, donde aducían como causas centrales de la propuesta la carga o el peso que los pacientes con coma irreversible significan para el propio paciente y/o para otros (familia, hospitales, falta de camas para pacientes recuperables), y la controversia existente por no saber claramente cuándo era razonable la ablación de órganos para trasplantes; añadieron 2 comentarios: 1. La preocupación por la inexistencia de una norma legal que, para protección de los médicos, declara a la persona muerta antes de la retirada del respirador, y 2. La explícita mención, apoyada en la única cita bibliográfica del trabajo, de la Iglesia Católica, a través del Papa Pío XII, en 1958, con respecto a la prolongación de la vida (4,11,15,16).

Para el año 1970, Potter publica el artículo titulado “*Bioethics, Science of Survival*”, en la revista “*Perspectives in Biology and Medicine*”, donde emplea por primera vez el término Bioética, aunque no fue su creador, y fue considerado el “*Padre de la Bioética*” hasta la aparición del texto de Jahr. Paul Ramsey publica el libro “*The Patient as Person*”, en el que impulsó los derechos de los pacientes. En el año de 1971, Potter escribe el libro “*Bioethics, Bridge to the Future*”, aquí desarrolló su idea original, hay que preservar a la humanidad de su propia destrucción (4,7,8). En junio de este año, el filósofo D Callahan (17) y el psiquiatra W. Gaylin (18) fundan el Institute of Society. En 1972, Fletcher publica el libro “*Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man*”, en el Hastings Center Report 2. Se decide en un tribunal que la decisión de una intervención médica o quirúrgica, es un asunto más del enfermo que del médico (caso Canterbury vs Spence, Consentimiento Informado) (4).

Para el año 1973, la Asociación Americana de Hospitales promulgó la primera *Carta de los Derechos del Paciente*, donde se recoge de forma explícita el *principio de autonomía*, el derecho del enfermo a saber acerca de su enfermedad y a decidir respecto a los posibles tratamiento; influyó en los textos legales posteriores sobre los derechos de los pacientes dentro y fuera de Estados Unidos (4,5).

En 1974, Fletcher publica el libro “*Four Indications of Humanhood*”, en el Hastings Center Report 4, sobre los criterios que indican cuándo se tienen vida humana y cuándo no. El 12 de julio de este año, el Presidente de USA firmó un proyecto de ley llamado “*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*”, conocido por “*National Research Act*”, que surge debido a los casos denunciados en Tuskegee, condado de Macon (Alabama), y el de la *Escuela Estatal de Willowbrook* (Staten Island, Nueva York) (4,19,20).

En la 29ª Asamblea de la AMM, en Tokio (1975), la Declaración de Helsinki es revisada, sustituyendo a la de Núremberg y la anterior (5). En invierno de 1975, la revista “*Baylor Law Review*” publicó un artículo escrito por la pediatra Karen Teel, donde proponía un

Comité de Ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos, como instrumento de dialogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas para un determinado paciente. El mismo fue citado por el juez Richard Hughes el 31 de marzo de 1976, en su sentencia ante el caso de *Karen Ann Quinlan*, y propuso la creación de comités en los hospitales para manejar casos similares (3,4,21).

El Dr. David Roy funda el mismo año el “*Centre de Bioéthique*” en el Institut de Researches Cliniques de Montreal, Canadá, y publica el libro “*Les Cahiers de Bioéthique*”. El Dr. Howard Brody publica “*Ethical Decisions in Medicine*”, donde propuso un procedimiento de toma de decisiones en ética clínica, inspirado en la teoría de la decisión racional (3,4).

En 1978, tras el escándalo de los experimentos de Tuskegee y basados en el trabajo de la Comisión creada por la “National Research Act”, la Comisión publicó el documento Principios Éticos y Pautas para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación, el cual fue llamado “*Informe Belmont*”, por el Centro de Conferencias de Belmont. Este explica y unifica los principios éticos básicos: respeto, beneficencia y justicia; actualmente continúa siendo una referencia esencial para los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos. Tom L. Beauchamps y James F. Childress fueron miembros de la comisión que elaboró el Informe Belmont, ambos publicaron el libro “*Principios de la Ética Biomédica*” (establecen 4 principios: no-maleficencia, beneficencia, autonomía, justicia), el cual ha sido una guía para enfocar los problemas bioéticos durante años; y fueron los iniciadores de la *Bioética Principalista* (4,5,22).

Este mismo año, 1978, se publica la “*Encyclopedia of Bioethics*”, dirigida por W.T. Reich, en la misma se define la Bioética como “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales”. Este año ocurre el nacimiento del primer *Bebé Probeta* (Louise Joy Brown) en Stockport, Manchester, Gran Bretaña. A partir de aquí entra en juego la problemática de la reproducción asistida. Dado que el camino de la Bioética se estaba separando del enfoque que le había dado Potter (padre de la Bioética), George Kieffer, escribió y publicó el libro “*Bioethics, a Textbook of Issues*”, cuyo objetivo era la revalorización del aporte de Potter, adoptando el término en concordancia con la visión potteriana (4,5).

Una Comisión que fue creada por el Presidente Jimmy Carter en 1980 y que se denominó “Comisión para el estudio de los problemas éticos en Medicina e Investigación”, desarrolló el Informe “*Deciding to forego Life-Sustaining*”. El 5 de mayo de 1980, la *Congregación para la Doctrina de Fé* criticó severa y acertadamente la *Eutanasia* como derecho del ser humano y se apoyó en: 1. Subraya el valor cristiano del dolor, pero sin imponer como norma general un comportamiento heroico determinado; 2. Condena el encarnizamiento terapéutico; 3. Acepta el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana; 4. Supera la terminología de medios ordinarios y extraordinarios, y utiliza la de medios proporcionados y desproporcionados. Esto significa no centrarse en las características de las terapias médicas usadas, sino tener también muy en cuenta el conjunto de circunstancias que rodean al propio enfermo y su proceso de muerte; significa, en suma, que para una correcta valoración moral hay que saber conjugar el principalismo con el consecuencialismo; 5. El no recurrir a una terapia desproporcionada o arriesgada no equivale al suicidio (4).

En 1982, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), colaborando con la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó el documento Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Su objetivo principal fue establecer guías para la aplicación en países en desarrollo de los principios establecidos en el Código de Nüremberg y la Declaración de Helsinki (5,9).

En el mismo año, 1982, nació en Bloomington (Indiana) un niño con el Síndrome de Down (*Baby Doe 1*), agravado por una atresia de esófago, situación no irresoluble, sin embargo, los padres deciden que no sea intervenido, lo cual equivalía a dejarle morir. El hospital denunció a los padres, pero el Tribunal reconoció el derecho de los padres, y el niño muere por deshidratación y hambre (10,17,19).

En 1983, nace una niña con una espina bífida y mielomeningocele (*Baby Doe 2*), y los padres piden no operarla inmediatamente, y un abogado lo denuncia para forzar la intervención del mielomeningocele; los jueces fallan de nuevo a favor de los padres, sin embargo, aceptan colocarle una válvula para reducir la hidrocefalia; a los 6 meses, la niña es dada de alta. Ante la polémica desatada por ambos casos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos saca a la luz una regulación llamada "*Baby Doe Protection Law*", en donde se afirma, entre otras cosas, que es inadmisibles negar alimentos o tratamiento médico a un niño deficiente por razón de su deficiencia. Por otro lado, no impuso la creación de Comités de Ética en Neonatología, pero condicionó a su existencia el recibimiento de subvenciones federales por parte del Gobierno (10,20,22).

En ese mismo año, 1983, se publica el Informe "*Deciding to forego Life-Sustaining*", que recomienda la creación de Comités en los Hospitales para tomar decisiones éticas en caso de pacientes incapaces, inconscientes o recién nacidos gravemente enfermos (10,22,23).

La Declaración de Helsinki es revisada y enmendada en Venecia en 1983. En 1984, Mary Warnock presidió la "Comisión de Investigación sobre Fecundación y Embriología Humana" en cuyo Informe se basó la ley británica sobre reproducción asistida (*Informe Warnock*). En Bioética se conoce como responsable del término jurídico (no biológico ni médico) de "pre-embrión", que ha servido a los legisladores de varios países para permitir la reproducción asistida por el método de fecundación in vitro y transferencia de embriones, que conlleva la creación, manipulación y destrucción de embriones humanos, hasta el día 14 de la fecundación (5,13,23).

En la *Carta Apostólica Salvaci Doloris (Salvifici)* de Juan Pablo II, donde reflexiona sobre el sentido del sufrimiento humano. No se trata de que el hombre tenga necesariamente que sufrir ni de adoptar actitudes heroicas, sino de reconocer que sufre, buscando un sentido a ese sufrimiento para ayudar a responder ante él, afirmando también que la Iglesia está con los que sufren (4,5,13).

Desde 1985, el Dr. Roy dirige la revista "Journal of Palliative Care". En febrero de ese año, Mary Beth Whitehead firmó un contrato de maternidad subrogada (*Ventre en Alquiler*), aceptando ser inseminada artificialmente con el esperma de William Stern y entregar el niño a su nacimiento. A cambio de la entrega del niño recibiría la suma de diez mil dólares. Al mismo tiempo, aceptaba ser sometida a una amniocentesis y, si se detectaban anomalías en el feto, se obligaba a abortar a petición de la pareja que lo había "encargado", bajo pena, en caso de no acceder, de perder el precio convenido (4,24).

En Marzo de 1986, la señora Whitehead dio a luz una niña, (*caso "Baby M"*). Mary conservó la bebé durante cuatro meses, sin intención de entregarla a los Stern, hasta que fue obligada por una decisión judicial. En Marzo de 1987, un Juez declaró extinguidos los derechos maternos de Mary. El 22 de Febrero de 1987, la Congregación para la Doctrina de la Fe publica la Instrucción "*Donum Vitae*", un documento sobre el respeto de la vida humana naciente, la dignidad de la procreación y el cuestionamiento sobre la legitimidad moral de las nuevas técnicas de reproducción asistida. El 3 de Febrero de 1988, el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey le restableció sus derechos y declaró nula la adopción hecha por la Sra. Stern. La niña fue declarada legalmente hija natural de la Sra. Whitehead y del Sr. Stern.

Fundados en el interés superior de la menor, el Tribunal decidió que ella residiría normalmente con el matrimonio Stern y a la madre subrogada -su madre genética- se le reconoció el derecho de visitarla. (4,24) También, en el año 1988, nace el Proyecto Genoma Humano (HUGO, siglas en inglés). Este proyecto consiste en averiguar dónde está cada uno de los genes que constituyen nuestra dotación genética. Potter publica otro libro, titulado “*Ética Global*”, entendiéndola como la reflexión moral acerca de las cuestiones biomédicas, la crisis ecológica y la distribución de los recursos. La Declaración de Helsinki es, nuevamente, enmendada en 1989 en Hong Kong (4,25).

Para 1991, el “*Informe Remmelink*” y el “*Informe Van Der Wal*”, son dos encuestas anónimas entre los médicos holandeses sobre la práctica de eutanasia en dicho país tras un tiempo de vigencia de la despenalización de la eutanasia, con el fin de conocer cómo se había concretado en la práctica esta despenalización (4,26,27) En Estados Unidos, el Dr. Quill publica un artículo en el “*New England Journal of Medicine*” en el que explica cómo facilitó los medios necesarios para acabar con la vida de una paciente diagnosticada de leucemia. Derek Humphry, fundador de la “*Hemlock Society*” (asociación que está a favor de una muerte digna), publicó también en Estados Unidos un libro llamado “*Final Exit*”, en el mismo explica a los enfermos terminales cómo pueden suicidarse (4).

En 1994 aparece la “*Declaración de Amsterdam*”, que hablaba sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, haciendo hincapié en la promoción y los conocimientos sobre salud para inmigrantes y minorías étnicas, dada la sociedad multiétnica en la que se vive, se origina en el grupo llamado Proyecto MFH (Migrant Friendly Hospitals), apoyado por organizaciones europeas (4,28) La Encíclica de Juan Pablo II, con el acertado título de “*Evangelio de la Vida*”, se publicó el 25 de Marzo de 1995 y aclara la postura de la Iglesia sobre los puntos más importantes que trata la Bioética (29). Hyakudai Sakamoto es un profesor de la Nihon University, Japón; en la apertura de la “*East Asian Conference of Bioethics*” de 1995 ofrece una visión oriental de la Bioética, bastante distinta del enfoque europeo y americano, tan antropocéntrico; la naturaleza no es algo a conquistar, sino algo (o incluso alguien) con el que vivir y convivir. No se trata, por tanto, de abanderar los derechos humanos (dignos como la dignidad de los animales o de otros seres), si no de crear armonía entre todo y todos (30).

El nacimiento del primer mamífero clónico, la famosa oveja Dolly, salió a la luz pública el 27 de Febrero de 1997, abriendo todo el debate y la polémica en relación con las investigaciones y experimentos sobre la clonación y el futuro de la misma, especialmente por lo que afecta a los seres humanos. El 11 de Noviembre de 1997 se realiza la *Declaración Universal de la Unesco sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*, donde se dio una especial importancia a la Bioética, promoviendo la creación de Comités de Ética, fomentando la Educación en Bioética, favoreciendo el debate que garantice la libre expresión de las ideas, estimulando la relación internacional entre comités de ética y, finalmente, encargando al Comité Internacional de Bioética de la UNESCO la difusión de los principios de la propia declaración (4,30,31).

En 1998, de nuevo Potter publicó su último libro: “*Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda*”, donde retoma su discurso en el sentido de que la Bioética pretende entender el planeta como grandes sistemas biológicos entrelazados e interdependientes, donde el centro ya no le corresponde al hombre como épocas anteriores, sino a la vida misma (4). La Declaración de Helsinki es, nuevamente, enmendada en el año 2000, en Edimburgo, y se le agregaron otras notas aclaratorias en el año 2004 (5).

En Latinoamérica, la Bioética da sus nacientes pasos, en la década de los años '80, en países como Argentina, Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela, donde diversos profesionales fueron sembrando la semilla de esta disciplina, en primer lugar en las universidades y centros médico-asistenciales. Posteriormente, en centros de investigación y desarrollo, la educación secundaria y en los fondos promotores de la investigación y desarrollo. La influencia tuvo sus más fuertes raíces en personas como José Alberto Mainetti en Argentina, quién en 1972 fundó el Instituto de Humanidades Médicas y a finales de los 80, la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE), quienes han sido los formadores de formadores de muchas de las actuales generaciones de bioeticistas. En segundo lugar a Fernando Sánchez Torres, quien fundó en diciembre de 1985, el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), siendo un centro de reflexión clave del pensamiento bioético del hermano país. En tercer lugar, constitución de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones Bioéticas (FELAIBE) en 1991, si bien tuvo sus altas y bajas, sigue integrando a los representantes de las principales asociaciones bioéticas de la región. En cuarto lugar, el Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) en 1994. En quinto y último lugar, el Programa de Postgrado en Bioética con carácter internacional, a través del convenio entre el Programa Regional de Bioética y la Universidad Complutense de Madrid en convenio con la Universidad de Chile, lanzan el primer Programa de Postgrado de Bioética itinerante en 1996. En este siglo posiblemente harán historia, la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) Seccional Latinoamérica y la Red Latinoamericana de Bioética-UNESCO, quienes están formando las nuevas generaciones de profesionales en éste ámbito (13,32,33).

Es importante también destacar que ya en los años 90, la Bioética se introdujo en todo el continente. Si bien en los años 80 surge con influencia norteamericana, una década después, tiene un giro por la española. Años más tarde, se configura una Bioética con matices más propios, una bioética más global y social. En general, la tradición de la Ética Médica Latinoamericana se definió como naturalista, paternalista, dogmática y autoritaria. En la actualidad, se trata de la tradicional ética médica, fortalecida con la bioética (13,32,33).

En Venezuela, en 1916, se promovió su propio código de ética, según la tradición deontológica que regula las relaciones de médicos entre sí, con el público y el Estado, en el Cólegio Médico Luis Razetti. El origen de la Bioética en Venezuela se ubica en los años '80, centrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Siendo uno de sus ejes Augusto León Cechini con su libro Ética Médica, su labor docente en la UCV (Universidad Central de Venezuela), la Federación Médica Venezolana y como miembro de número de la Academia de la Medicina. Así mismo, otra serie de estudiosos de la Ética, la Medicina y la Investigación científica, quienes intercambiaban ideas en tertulias o conversaciones informales sobre noticias o artículos internacionales, como por ejemplo, Alfredo Castillo, Isis Nezer de Landaeta y Gabriel D'Empaire en la UCV. A mediados de los '90 se comienza a formalizar en el ámbito de las Ciencias de la Salud, en las Jurídicas y del Ambiente; allí surgen docentes como Daniel Oliva, Ximena Páez y Eliéxer Urdaneta en la ULA (Universidad de Los Andes); Jacinto Robles y Yonis Sosa en la UPEL (Universidad Pedagógica Libertador), Maturín, Eva Briceño en el CONICIT (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica), hoy FONACIT, Rafael Apitz en el IVIC (Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas), Rafael Bernad, Rafael Muñoz y Ludwig Schmidt en la UCAB (Universidad Católica Andrés Bello). En estos años, una de las primeras necesidades fue la de fortalecer los criterios de argumentación, y racionalizar el uso del derecho y de los métodos de estudio de casos para mejorar la toma de decisiones (13,32,33).

En el 2000, comienza una vorágine en torno a esta nueva interdisciplina en Filosofía, Teología, Antropología, Ciencias Sociales y Psicología. Tanto es así, que llega a convertirse en un tema de moda y hasta llega a perder un poco su rigor científico en algunos estratos de la sociedad, por creer que ésta pueda ser algo pasajero. Hay muchos aventureros y poca seriedad, sin embargo, la Bioética por la empeño de varios especialistas, llega a permearse como un eje transversal en las diferentes disciplinas del conocimiento humano y ante el pulular de situaciones innovadoras, competencias tecnológicas y pensadores libres. En los grandes hospitales, las Sociedades Médicas tenían sus Comités Éticos y algunos incursionaban en algunos tópicos bioéticos, pero era algo ocasional y no frecuente. En los Centros de Investigación, algunos experimentos se evaluaban con algunos criterios más amplios y se invitaban a algunos profesionales de otras disciplinas para deliberar conjuntamente. No se hablaba mucho de Bioética, ya que no era un concepto aún asimilado; el pensar en constituir Comités de Bioética y especificar que tenía que ser interdisciplinario en estos ámbitos, y llegó a ser cuestión difícil, que si bien algunos médicos la aceptaban como un especialista afín, otros se sentían intimidados por terceros evaluadores de su práctica. El principal motor de la Bioética en Venezuela fue la universidad, las que comienza a promoverla en pregrados y postgrados de las Facultades de Ciencias, Ciencias de la salud, Ciencias Políticas y Jurídicas y Humanidades (13,32,33).

Se sabe que hay motivos científicos, médicos y sociales para agrupar, clasificar y etiquetar las cosas como se hace. Además, son motivos de peso, ya que nos sirven para aumentar el conocimiento y para poder actuar con criterios de calidad. No obstante, a la vez es conveniente alertar sobre las clasificaciones cuando no ayudan a mejorar el comportamiento y cuando aprisionan a las personas. Igualmente, conviene protestar cuando estas clasificaciones llegan a etiquetar como enfermedades sociales lo que en realidad son diferencias y especificidades. Hubo un momento en el que la medicina se hizo orgánica. En ese momento, la mirada se volvió penetrante: llegó al órgano dañado, al virus contaminante, al gen mutado. Pero esa mirada, tan eficaz para actuar y curar, para tratar enfermedades, adquirió una presbicia fatal para tratar personas (no en el sentido de *tratamiento*, sino de *trato*). Cuando agrupa, también separa, y cae en una simplificación abusiva: porque las enfermedades y los síndromes se pueden ordenar, cuantificar y clasificar, pero las personas, los ciudadanos, no. Cuando se produce una falta de respeto a la dignidad de una persona, no significa que ésta la pierda. Simplemente significa que el que la ha cometido ha perpetrado un acto indigno. Y cuanto más vulnerable sea el ofendido, más indigno será el acto (33,34).

Cuando se dice de alguien que es Digno, significa que no comete Indignidades. Y todos tienen derecho a no recibir un trato indigno. Es evidente que hay diferencias en lo que se considera o no indignidad, pero exigir que la sociedad valore la importancia de cada vida humana y que esta se respete como distintiva no es una cuestión de convención: es el punto de partida mínimo. Y el que no lo comparte nos ofende a los demás, nos ofende a todos. Cuando se habla de *práctica clínica* no se refiere únicamente a los médicos y las enfermeras de un hospital, sino a todas las personas del entorno del enfermo, hoy en día, de la persona que necesita cuidados o ayuda por motivos de salud o de vulnerabilidad psíquica o física (33,34).

Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones diferenciándolas de los oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos. Es característico de una profesión que sus miembros busquen la virtud. No hay calidad posible sin búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el Objetivo propio de la Ética. La Profesionalidad puede ser entendida como un conjunto de valores, actitudes y conductas que se expresa en el servicio de los intereses de los pacientes y de la sociedad antes que de los de uno mismo.

Para conseguirla, se ha recomendado trabajar en tres campos: el contenido curricular y el proceso de enseñanza, las estructuras internas de las facultades de medicina y la relación entre estas facultades y las organizaciones externas. También se han propuesto cuatro pasos para reafirmar la profesionalidad: crear comunidad en el hospital, alimentar modelos de rol, enseñar profesionalidad médica y evaluar la conducta profesional (35).

Más recientemente se ha hecho un nuevo e importante llamamiento para cambiar tanto el contenido como el contexto de la educación médica para poder satisfacer mejor las necesidades de la sociedad contemporánea y las realidades de la práctica médica y el cuidado importen de verdad, sin olvidar que a veces, los propios médicos de plantilla son las barreras más importantes para el desarrollo moral de los estudiantes, incluso de formas tan sutiles que las hacen parecer inconscientes, y que las presiones del nuevo complejo médico-industrial-político, cuyos principales valores son la eficiencia y la productividad, buscan un cambio de conducta en los profesionales apelando al autointerés ilustrado en vez de al altruismo, lo que añade otra dificultad al proceso de educación en ética. La profesionalidad puede ayudar a los médicos a: a) recapturar algún grado de autonomía (al menos de decisión); b) romper el ciclo de desconfianza y falta de respeto públicas para con los médicos y la medicina; c) ganar el alto nivel moral en su permanente lucha con el empleador, y d) contribuir a mejorar el proceso y el resultado de la atención a los pacientes. La profesionalidad es la base del contrato de la medicina con la sociedad y exige colocar los intereses de los pacientes por encima de los del médico, suministrando estándares de competencia e integridad, y proporcionando asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud (35).

Esencial para este contrato es la confianza pública en los médicos que depende de la integridad tanto de los médicos concretos como de toda la profesión. Todo ello se sustenta en unos principios fundamentales: la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente y la justicia social. Y requiere una serie de responsabilidades: compromiso con la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, el mantenimiento de relaciones apropiadas con los pacientes, la mejora de la calidad de la atención, la mejora del acceso a la atención sanitaria, la justa distribución de los recursos, el compromiso científico, el mantenimiento de la confianza mediante el manejo de los conflictos de intereses y las responsabilidades profesionales. La medicina es una profesión moral. Las virtudes médicas son las características del buen médico (o del médico bueno) e incluyen valores como competencia técnica, compasión, sabiduría práctica, integridad, altruismo, fidelidad, coraje y paciencia. Se cita a James Drane, quien basándose en las distintas dimensiones del acto médico (médica, espiritual, volitiva, afectiva, social y religiosa), especifica a su vez las virtudes del médico que, según él, son la benevolencia, la veracidad, el respeto, la amistad, la justicia y la religiosidad (35).

También Pellegrino y Thomasma, dos de los representantes contemporáneos más importantes de la llamada teoría ética de la virtud han desarrollado por su parte su particular lista de virtudes propias de las profesiones sanitarias, que podríamos concretar en la fidelidad a la promesa, benevolencia, templanza, fortaleza, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia. Tal comprensión no es fácil de alcanzar sin la ayuda de los demás o sin alguna experiencia que haga especialmente evidente la incongruencia entre los valores y la conducta. Este proceso de aprendizaje no puede acabar sin producir un cambio de actitudes o una adquisición de actitudes duraderas que lleven a la mejora del ejercicio de la profesión (5,35) Frente a ello, en los últimos 50 años la educación médica ha hecho excesivo énfasis en los aspectos biológico-técnicos de la medicina a expensas de lo psicosocial, provocando un retroceso en las cualidades humanistas. Por lo que parece necesaria la intervención curricular para reforzar los valores humanistas asociados a la profesión, esto es, la profesionalidad, entendida como proceso permanente, autorreflexivo, que implica hábitos de pensamiento,

sentimiento y acción. A pesar de que la individualidad y la subjetividad tienen mucho que ver con la experiencia de la enfermedad, estas cualidades no tienen sitio en la construcción del conocimiento científico que se enseña en las facultades. La inmersión inicial de los estudiantes en la ciencia es tan consumidora y tan extensa que estos comienzan a pensar que lo que están aprendiendo (el conocimiento científico y cómo se construye) es igual al conocimiento médico y cómo es o cómo debiera hacerse. Estas asunciones influyen en las creencias subsecuentes de los estudiantes sobre el valor del conocimiento y sobre (y esto es lo más importante) qué es realmente conocimiento. Los estudiantes miran a la ciencia y sus métodos de creación de conocimiento como si fueran una llave que abre todos los secretos del cuerpo y también los de la relación con los pacientes y con el resto de trabajadores de la salud. Estas creencias son perniciosas porque se deslizan hacia áreas de la medicina para cuya comprensión y apreciación sirven mucho mejor otros métodos de análisis, otras fuentes de entendimiento (35).

Más aún, los estudiantes llegan a ver el lenguaje científico como un medio carente de problemas para transmitir observaciones y teorías, y el lenguaje de los pacientes como inadecuado o inexacto debido a su obvia subjetividad. Cuando a los estudiantes de medicina se les enseña, explícita e implícitamente, que el único conocimiento médico verdadero es fruto del análisis empírico, objetivo, cuantitativo, llegan naturalmente a desconfiar de todo conocimiento obtenido a través de otras vías. Factores tales como el género, la raza, la educación, la clase social, la identidad étnica, el clima político, etc., son vistos a menudo como extraños o secundarios al conocimiento médico adecuado, asumiéndose que tanto el producto como el proceso de la creación del conocimiento médico adecuado existen independientemente de esos factores. El foco central en el desarrollo de la profesionalidad en las facultades de medicina suele comenzar a menudo con la cuestión de cómo transmitir mejor o promover los siguientes elementos de la profesionalidad: altruismo, responsabilidad, excelencia, deber, honor e integridad, y respeto por los demás. Pero hay estudios que afirman que durante el proceso de socialización en las facultades los estudiantes de medicina que llegan a ellas como jóvenes idealistas salen de las mismas como personas frías y distantes y que su desarrollo moral se ve atrofiado o incluso que pueden experimentar una regresión moral (35).

Los estudiantes de medicina reciben a menudo mensajes en conflicto entre lo que aprenden en clase y lo que observan en el medio clínico sobre los valores importantes que defender y sobre las conductas apropiadas que mantener. Parece evidente que mucho de lo que se enseña y la mayor parte de lo que se aprende tienen lugar dentro del *Currículo Oculto*, esto es, en el conjunto de influencias que funcionan en el ámbito de la estructura y de la cultura de la organización. La situación, por lo general, no parece mejorar al finalizar la educación médica motivo por el cual en distintas facultades se ha analizado la cuestión para buscar posibles soluciones. Conviene recordar, de todos modos, que algunos autores no han encontrado relación causal directa entre la observada disminución en el desarrollo moral y la educación médica (35).

Recorriendo la historia, se observa cómo se han hecho cosas impensables en nombre de la Ciencia y el Progreso, tanto así, que muchas han caído en lo que se llamaría inhumano. Se aprecia que en la educación y las prácticas médicas, con la aparición de nuevas tecnologías y opciones terapéuticas, se ha llegado a un punto en que las conductas y aptitudes nos separan cada vez más de la relación médico-paciente ideal y realmente efectiva, que lo aleja de lo afectivo, de lo realmente humano, de lo profesional. A pesar que existe guías de consenso, algunas recomendaciones, los clínicos abordan ciertas decisiones de manera muy variada, sobre todo en el área de cuidados intensivos y urgencias. De lo expuesto aquí por otros autores, se coincide en que para ser un mejor profesional, es necesario ir de la mano con el conocimiento de la Bioética y una vez que se la conozca, aplicarla al entorno cotidiano.

REFERENCIAS

1. Cubero E. La ética médica en Venezuela (1895-1918), *Bitácora-e* 2012; 1: 4-17. ISSN 2244-7008. Fecha de recuperación: 30/04/2013.
2. Zazpe C. Revisión de conocimientos sobre bioética en la atención al paciente crítico, *Enferm Intensiva* 2011; 22(1): 46-9.
3. Alonso J. De medios ordinarios y extraordinarios. La iglesia católica y los debates sobre la “muerte digna” en Argentina. *Relig. soc.* 2014; 34(1): 122-145. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-85872014000100006> Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rs/v34n1/06.pdf>
4. Bernal D. Técnicas De Reproducción Humana Asistida, Maternidad Subrogada y Derecho De Familia, *Revista Republicana* 2009; 6: 15-30. Disponible en: <http://ojs.urepublicana.edu.co/index.php/revistarepublicana/article/viewFile/170/140>
5. Broggi M. ¿Nos puede ayudar la bioética a respetar mejor? *Rev Med Int Sindr Down* 2010; 14(2): 19-24.
6. Callahan D. Curriculum Vitae. 2008 Fecha de recuperación: 07/10/13. Disponible en: http://www.thehastingscenter.org/pdf/cv/cv_daniel_callahan.pdf
7. Garzón F. Fritz Jahr ¿el padre de la bioética? *Rev Latinoamericana Bioética* 2009; 9(2): 6-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020306001>
8. Gaylin W. Curriculum Vitae. 2008 Fecha de recuperación: 07/10/13. Disponible en: <http://www.thehastingscenter.org/About/Board/Detail.aspx?id=1262>
9. González E. Medicina y Nazismo. Aprender de la historia, *Rev Clin Esp* 2011; 211(4): 199-203.
10. Grupo de Estudios sobre Muerte Encefálica, de las Sociedades Chilenas de Nefrología y de Trasplante. Muerte encefálica, Bioética y Trasplante de Órganos, *Rev Méd Chile* 2004; 132: 109-118.
11. Guillem D. Breve historia de la bioética. 2013. Fecha de recuperación: 30/04/2013. Disponible en: <http://observatoriobioetica.com/informes/breve.html>
12. Juan Pablo II. Evangelium Vitae. 1995. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
13. Krugman S. The Willowbrook hepatitis studies revisited: ethical aspects. *Reviews of infectious Diseases* 1986; 8(1): 157-62.
14. Martínez K. La Educación en Bioética, camino para la profesionalización, *Rev Calid Asist* 2011; 26(1): 62-66.
15. Mora J. Despenalización de la eutanasia en los Países Bajos. El proyecto de ley Korthals/Borst. Derechos y Libertades. *Revista del Instituto San Bartolomé de las Casas*. 2002. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/eutanasia/moraholanda2002.pdf>
16. Nézer I. Hitos en la historia de la bioética: de la ética a la bioética, *Rev Soc Venez Hist Med* 2006; 55(1-2): 70-7.
17. Northington V. Under the Shadow of Tuskegee: African Americans and Health Care. *Am J Public Health* 1997; 87:1773-1778.
18. Novoa F. Muerte cerebral y su significado, *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (4): 355-362.
19. Organización Mundial de la Salud. Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa. 2009. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf
20. Osorio N. Van Rensselaer Potter: Una visión revolucionaria para la bioética, *Revista Latinoamericana de Bioética* 2005; 8: 1-24. Fecha de recuperación: 28/04/2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127020937003>
21. Papa Pio XII. Alocución ante el Congreso Internacional de Anestesiólogos. La prolongación de la Vida. *El Papa habla* 1958; 4(4). Fecha de recuperación: 28/04/2013. Disponible en: <http://www.dmd.org.co/pdf/dtrece.pdf>

22. Perazzo G, Gargiulo L. Informe Warnock: revisión y reflexión bioética a los 25 años de su publicación *Vida y Ética* 2009; 10(1). Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/informe-warnock-revision.pdf>
23. Pfeiffer M. Bioética y derechos humanos: una relación necesaria, *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 2, 2011; 2(4): 74-84.
24. Pulido A. El Proyecto Genoma Humano según la prensa escrita, para el ciudadano medio, *Eikasia* 2012; 73-82. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.com/42-05.pdf>
25. Reynolds J, Cediell J, Payan C. Christiaan Barnard: 40 años del primer trasplante de corazón humano, *Colomb Med* 2007; 38(4): 440-442.
26. Saas H. Pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934. *Aesthethika*. 2011; 6(2): 20-33.
27. Sakamoto H. Towards a New "Global Bioethics", *Bioethics* 1999; 13(3/4). ISSN 0269-9702. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <https://notendur.hi.is/ssigma/PDF%20files/Sakamoto.pdf>
28. Schmidt L. La Bioética en Venezuela, primeras huellas, *Bioethikos*. Centro Universitário São Camilo 2007; 1(2): 24-38.
29. Sierra X. Ética e investigación médica en humanos: perspectiva histórica, *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102(6): 395-401.
30. Tealdi J. Ética de la Investigación en seres humanos y políticas de salud pública, *Historia y significado de las normas éticas internacionales sobre investigaciones biomédicas*. Bogotá, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia 2006, pp.33-62. Fecha de recuperación: 28/04/2013. Disponible en: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo373>
31. The Supreme Court of New Jersey. In the matter of Karen Quinlan, an alleged incompetent. 1976. Fecha de recuperación: 07/10/13. Disponible en: <https://www.uta.edu/philosophy/faculty/burgess-jackson/In%20re%20Quinlan,%2070%20N.J.%2010,%20355%20A.2d%20647%20%281976%29.pdf>
32. UNESCO. Declaración Universal sobre Genoma Humano y Derechos Humanos. 2000. Fecha de recuperación: 10/10/2013. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001229/122990so.pdf>
33. Vega J, Ortega I. La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». *Cuadernos de Bioética* 2007; 18(1): 71-87. ISSN 1132-1989. Fecha de recuperación: Nov 9, 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506203>
34. Velasco J. Origen y desarrollo de una ciencia: la bioética. *Rev. Int. Estudios vascos* 2009; 54(1): 147-187 www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35555/1/articulo1.pdf