

II Jornada Científica de Residentes Profesionales de la APS  
| Del 8 al 15 de mayo de 2023 | Virtual



**CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282**

## Ética: El paciente y el equipo médico

Maritza Mesa Benítez

MS. C. Dra. María Isabel Rodríguez González

Especialista de 1er grado en MGI y Psiquiatría

Investigador Agregado

Especialista Primer Grado de Pediatría

Profesor Asistente

*“El origen de la profesión médica se centra en la relación que se establece con la persona que necesita ayuda en su proceso de salud-enfermedad. No es lo mismo considerar la enfermedad de la persona que a la persona como enfermo”*

*Xavier Cleries.*

### Introducción

El desarrollo de la ética como parte de la psiquis humana se adscribe al súper yo y este tiene un desarrollo tardío incompleto y cada vez más complejo. La ética es un estudio de la conducta humana y esta puede ser evaluada solo en el marco de sus motivaciones. (1)

El debate actual acerca de la relación ética, ciencia y tecnología, parte del supuesto de que la ética está por encima, y es la que tiene que guiar a la ciencia y a la tecnología en su capacidad de servir al desarrollo del hombre. Se

reconoce que la ciencia y el desarrollo tecnológico brindan los medios y el conocimiento para construir grandes sistemas, pero es la ética la que juzgará si es legítimo o no el aplicarlos o desarticularlos. El efecto es que la ciencia y la tecnología no son neutras ni en los usos que se le pueda dar, ni en los medios que utiliza para alcanzar sus fines, que es el conocimiento. (2)

El dilema de la ética en el contexto de la ciencia y la tecnología, no se resuelve a través del establecimiento de normas y códigos, sino a través de una comprensión ética más amplia de las implicaciones y efectos futuros de los resultados en todos los contextos del quehacer humano. En este sentido, la postura ética de cada profesional debe conjugar una capacidad de visualización y percepción del impacto de los nuevos conocimientos, con una actitud más responsable y respetuosa coherente con los valores sociales que están en correspondencia con el desarrollo social.

Lo anterior lo reafirma nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro cuando dijo: "El acceso al conocimiento y la cultura no significa por sí solo la adquisición de principios éticos; pero sin conocimiento y cultura no se puede acceder a la ética". (3,4)

La Ética Médica se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral y los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean voluntarios, conscientes. El equipo médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo. Debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina. Ha de tenerse en cuenta que un firme sistema de valores y principios es indispensable cuando se quiera adoptar una resolución razonable, ética. Sin duda, tener conciencia de lo que es valioso moralmente es facilitar el cumplimiento del deber. (5)

La relación médico-paciente es aquella interacción que se establece entre ambos con el fin de devolverle al paciente la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico. Esta relación, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante

para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización excesiva de los medios técnicos, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, que la Medicina ha experimentado en los últimos años. (5,6,7)

El médico debe aprender que los dramas morales son tan reales como los fenómenos físicos y su importancia es mucho mayor. La autoridad moral del médico constituye la clave del éxito terapéutico. La técnica sola nunca podrá penetrar hasta la profunda raíz de ese ser misterioso llamado hombre, que tiene necesidades que ni la técnica ni la ciencia pueden satisfacer.

## Objetivos

1. Describir los principios fundamentales de la ética.
2. Caracterizar aspectos generales de la relación médico paciente.
3. Reflexionar sobre los problemas actuales de la relación médico paciente (RMP)

## Desarrollo

Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos humanos. Es deber fundamental prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de la colectividad. El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios. Jamás actuará para generar padecimientos no impuestos por razones médicas, ni tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para el exterminio del ser humano, o para cooperar o encubrir atentados contra la integridad física o moral. El médico, como integrante del equipo de salud debe desarrollar las acciones necesarias para que el ser humano se desarrolle en un ambiente individual y socialmente sano, para lo cual se basa en una formación

profesional reconocida y se guía por los principios y normas éticas establecidos en el Código de Ética Médica. (7)

Tres son los principios que en la actualidad hacen las veces de leyes morales en Ética Médica y que, como ya dije, fueron propuestos, con carácter general, por el filósofo David Ross. Son ellos; autonomía, beneficencia – no maleficencia y justicia.(8,9)

La **autonomía** hace referencia a la libertad que tiene una persona para establecer sus normas personales de conducta, es decir la facultad para gobernarse a sí misma, basada en su propio sistema de valores y principios. La palabra deriva del griego autos que significa "mismo" y nomos que significa "regla", "gobierno", "ley", es decir, expresa autogobierno, sin constricciones de ningún tipo.

La persona autónoma determina por sí misma el curso de sus acciones de acuerdo a un plan escogido por ella misma. Por supuesto que durante el acto médico la autonomía tiene que ver con la del paciente y no con la del médico. Es un derecho que limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente. Se ha tomado tan serio que los médicos que actúan contra los deseos del paciente, aun para salvarles la vida, pueden llegar a enfrentarse a los tribunales disciplinarios y penales.

Como corolario de esos análisis se ha llegado a la conclusión de que la autonomía pura, verdadera, no existe. Si existe, reside en el nivel último de la conciencia, en el más profundo que pueda poseer la persona. Es que la autonomía puede interpretarse como libertad de acción, como libertad de escogencia o como deliberación efectiva.

El principio de autonomía en ética médica puede prestarse a conflictos de tipo profesional y, por supuesto, de orden moral.

Si los valores morales del paciente entran directamente en conflicto con los valores de la medicina, la responsabilidad fundamental del médico es respetar y facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud.

Esta política de hacer primar la voluntad o autonomía del paciente frente a la del médico limitó el poder de éste y protegió a aquél de un abusivo entretimiento, culpable de muchas aberraciones, como son las hospitalizaciones no voluntarias o las cirugías no consentidas.

Sin embargo, el "yo quiero que..." del paciente, no puede interpretarse como una orden de obligado cumplimiento por parte del médico. "Yo quiero que me practique una operación cesárea", o "yo quiero que me aplique la eutanasia", no obstante poder ser determinaciones coherentes con el sistema de valores y actitudes frente a la vida por parte del paciente, el médico tiene la obligación de consultar sus propios valores y principios, su buen juicio, para acceder o no a la demanda que se le hace.

El documento perdurable que ha servido de punto de partida y de sustento a la ética médica occidental, es el Juramento hipocrático. El médico debe "ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño" (**Principio de beneficencia – no maleficencia**).

No obstante que el significado de "bien moral" puede interpretarse de diferentes maneras, lo cierto es que se considera que un acto es bueno cuando está encaminado a favorecer lo que naturalmente es conveniente al hombre.

No habiendo nada más conveniente al hombre que una buena salud, el mayor bien o beneficio que puede causársele es devolvérsela cuando la ha perdido, o protegérsela cuando la posee. Si aceptamos, que la salud debe, en ética médica, adquirir la categoría de valor moral, corresponde al médico velar solícitamente por ella, tenerla como fin último de su actuar profesional.

El principio de beneficencia es para la medicina lo que el principio de libertad es para el periodismo: la norma ética fundamental.

Beneficencia es actuar para prevenir el daño, o para suprimirlo, o para promover el bien. De esa manera se ayuda al "otro", ayuda que simboliza el humanitarismo que ha caracterizado a la medicina desde sus inicios.

Desde la perspectiva de la **justicia distributiva** se acepta que no sólo la sociedad tiene la obligación moral de proveer o facilitar un acceso igualitario a los servicios de salud, sino que además todo individuo tiene el derecho moral a acceder a ellos.

En el entorno cambiante del ejercicio de la medicina actual, muchos individuos, grupos e instituciones juegan un papel en la toma de decisiones médicas y se ven afectados por dichas decisiones. La tensión y competencia entre los intereses de los médicos, pacientes e instituciones por los recursos sociales y de la atención médica inevitablemente influyen la relación médico-paciente.

El médico debe promover el bienestar de sus pacientes en un sistema de atención médica cada vez más complejo. Esto implica ayudar abiertamente a que el paciente entienda las recomendaciones clínicas y a que haga elecciones informadas para seleccionar de entre todas, las opciones de atención adecuadas; incluye la administración responsable de los recursos finitos para poder satisfacer el mayor número posible de necesidades de atención médica, ya sea en consultorios médicos, hospitales, hogares de ancianos y/o impedidos físicos y mentales o atención domiciliaria.

El deber del médico es para con el paciente. El médico debe basar el consejo que da al paciente en los intereses del paciente individual, sin importar el marco de seguro suministro de atención médica en el que el médico se encuentre. El papel profesional del médico es hacer recomendaciones con base en su mérito médico y buscar las opciones que sean afines a los antecedentes y las preferencias singulares del paciente.

El médico también debe contribuir a la administración responsable de los recursos de atención médica. La autoridad y discreción clínica viene acompañada de responsabilidad. La recomendación debe, hasta donde sea posible, considerar la información sobre lo eficaz en cuanto a costos de los distintos abordajes clínicos. Cuando el paciente pregunte, debe informársele de la lógica que subyace a la recomendación del médico.

Cuando por cualquier razón se presenten desacuerdos entre el paciente y el médico, el médico tiene la obligación de explicarle el fundamento del

desacuerdo, instruirlo y satisfacer sus necesidades de comodidad y tranquilidad.

El deber del médico requiere, además, que funja como agente del paciente en el terreno de la atención médica en general. En el plan individual, el médico defensor debe buscar las vías necesarias para obtener el tratamiento que sea esencial para la atención del paciente individual, independientemente de los obstáculos que pudieran desalentar al médico de hacerlo. Cuando los obstáculos disminuyen la atención para una clase de pacientes debido a que los mismos son menos capaces de auto representación, los médicos deben abogar en su representación para que se les dé tratamiento equitativo.

Atendiendo a los diferentes factores que intervienen en la relación médico paciente, algunos autores han analizado las distintas formas que esta puede adoptar. Entre ellas destacan los modelos, ya clásicos, de Szasz y Hollender, Von Gebattel, y Tatossian. Dichos autores analizan las diferentes actitudes e interacciones entre médico y paciente según el tipo de enfermedad de que se trate aguda o crónica, la mayor o menor capacidad de participación y colaboración del enfermo, el momento del acto médico en que se esté amnésico, diagnóstico, terapéutico, etc. Aunque como construcción teórica, y por lo tanto artificial, cada modelo enfatiza un factor como determinante de la dinámica de la relación, en la práctica constituyen diferentes puntos de vista de la misma realidad, que se complementan y pueden ayudar a entender mejor las distintas etapas de este encuentro. (9,10)

Teniendo en cuenta el grado de actividad y participación de médico y paciente en la interacción, se describen tres niveles o modalidades de relación médico-paciente. (5,6,7)

El nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo", es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por si mismo: situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia, estados de agitación o delirio agudo, etc. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación sería el que se establece entre una madre y su recién nacido: relación madre-lactante.

El nivel 2 o de "dirección del médico y cooperación del enfermo", es el tipo de relación que tiende a darse en las enfermedades agudas, infecciosas, traumáticas, etc., en las que el paciente es capaz de cooperar y contribuir en el propio tratamiento. El médico dirige, como experto, la intervención adopta una actitud directiva, y el paciente colabora contestando a sus preguntas, dando su opinión, y realizando lo que se le pide. El prototipo de relación de nivel 2 sería el que se establece entre un progenitor y su hijo no adulto: relación padre-niño.

El nivel 3 o de "participación mutua y recíproca del médico y del paciente", es la forma de relación más adecuada en las enfermedades crónicas, en las rehabilitaciones postoperatorias o postraumáticas, en las readaptaciones físicas o psíquicas, y en general en todas las situaciones, muy frecuentes en el mundo médico actual, en que el paciente puede asumir una participación activa, e incluso la iniciativa, en el tratamiento: Así en pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas, enfermedades de la vejez, etc., el médico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente, que, a su vez, lleva a cabo el tratamiento por si mismo, según lo programado, y con la posibilidad de sugerir otras alternativas o decidir la necesidad y prioridad de una nueva consulta. El prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas: relación adulto-adulto.

No hay un nivel de relación mejor que otro, pero sí uno más adecuado para un determinado padecimiento o una situación clínica dada. Frecuentemente médico y paciente tendrán que modificar su actitud a lo largo de una misma enfermedad y adoptar uno u otro tipo de relación de acuerdo con lo que permitan o requieran las circunstancias.

Las fases por las que pasa la relación médico-enfermo según el distinto grado de relación interpersonal que adquiere la misma durante el acto médico. Así en una primera fase de llamada, el paciente acude al médico solicitando remedio para sus dolencias y el médico responde acudiendo a satisfacer las necesidades del enfermo. La relación entre un hombre experto y un hombre que sufre es todavía, desde el punto de vista interpersonal, anónima. En una segunda fase de objetivación, el interés del médico se centra en el examen "científico" del proceso patológico, por lo que las relaciones personales pasan a



un segundo plano, relacionándose con el paciente más como "un objeto de estudio" que como una persona.(11,12)

Finalmente, en la fase denominada de personalización, realizado ya el diagnóstico y establecido el plan terapéutico, es cuando el médico se relaciona, por fin, no sólo con un hombre que sufre o un "caso", sino con una persona enferma determinada, que es ya "su" enfermo.

Otra forma de entender la relación médico-paciente, propuesta por Tatossian, distingue dos tipos de relación según que la interacción entre el médico y el enfermo sea directamente interpersonal o se halle mediatizada por el órgano enfermo.

En el modelo interpersonal de relación, la enfermedad es considerada como un todo el trastorno forma parte del paciente y se produce una implicación personal en la relación, ya que ésta se establece directamente entre dos personas entendidas en su globalidad afectivo-intelectual. El médico no sólo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente, lo somático y lo psíquico. La actitud del terapeuta resuena sobre la del paciente, de modo que "se pasa de la medicina de una persona a la medicina de dos personas". Es la relación que se utiliza en psiquiatría y más aún en psicoterapia.

En el modelo técnico de servicio de la relación, la atención se centra en el órgano "que no marcha bien" y el paciente adquiere connotaciones de cliente que solicita la reparación del mismo. Se trata de una relación más pragmática, operativa y funcional, dirigida a la obtención de información sobre la alteración del órgano y el tipo de restauración que se pretende. Es el modelo de relación que caracteriza la práctica médica general y las especialidades médicas, y que, si se exagera, corre el peligro de ignorar la personalidad o incluso parcelar el cuerpo físico del paciente, tratando al órgano enfermo, como si de un auténtico objeto se tratara.

Ambos modelos se complementan, aunque el objetivo principal de la relación puede variar, según el momento de que se trate. El médico debe prestar atención a los síntomas y a los exámenes de laboratorio, pero sin desatender la relación con el paciente, que es la que le va a proporcionar la comprensión

tanto de los síntomas y de su elaboración psicológica como del paciente en su totalidad. (13)

El médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el paciente debe estar caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
- Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

Resulta de suma importancia en la RMP tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.

Otros aspectos a tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persigue el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno. El médico como profesional por lo general es ubicado por el paciente en una posición de superioridad, por lo que el médico debe con su actuación equilibrar esta situación. Otro aspecto fundamental en la RMP lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación puede ser: verbal por medio de la palabra, la extraverbal por medio de gestos, expresiones faciales, el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y por último el instrumental utilizado como complemento.

La sociedad ha concedido prerrogativas profesionales al médico con la expectativa de que usará su posición para beneficiar a los pacientes. A cambio, el médico tiene responsabilidad y debe rendir cuentas ante la sociedad por sus acciones profesionales. La sociedad otorga a cada médico los derechos, privilegios y deberes pertinentes a la relación médico-paciente y tiene el derecho de exigir que el médico sea competente, que tenga conocimiento y que ejerza con consideración del paciente como persona.

El médico tiene obligaciones ante la sociedad que en muchas formas van en paralelo con sus obligaciones hacia los pacientes individuales. La conducta del médico como profesional y como ciudadano individual debe ameritar el respeto de la comunidad.

El médico debe satisfacer la responsabilidad colectiva de la profesión de defender el bienestar y proteger la salud pública reportando enfermedades, según lo exija la ley, ante la autoridad responsable; apoyar las labores de salud pública que ofrezcan información veraz sobre la atención médica y comentar sobre temas médicos en sus áreas de pericia a fin de mantener al público adecuadamente informado. El médico debe considerar la interacción con los medios de comunicación para ofrecer información veraz como una obligación ante la sociedad y una extensión de su ejercicio de la medicina, siempre debe tener presente la confidencialidad de los pacientes.

El médico debe ayudar a la comunidad a reconocer y lidiar con las causas sociales y medio ambientales de enfermedades. Además trabajar para garantizar el acceso a la atención médica a todas las personas y ayudar a corregir deficiencias en la disponibilidad, el acceso y la calidad de servicios médicos en la comunidad.

En la actualidad la RMP es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización

en la atención médica.<sup>11,12</sup> Esta situación ha convertido al paciente en un “comprador”, en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos “vendedores”; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente la RMP, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

Existen situaciones médicas que hacen difícil tanto para el médico como para el paciente el éxito de la RMP.

- Al no reconocer el médico su propio error se esconde tras máscaras de autoritarismo, empirismo y autosuficiencia.
- El médico demanda, de un comportamiento por parte del paciente igual que tendría él de estar en su lugar, sin tener en cuenta: nivel cultural, desarrollo socioeconómico, ideología, etc.
- Olvidar el deseo del paciente de saber lo que tiene y cual es su pronóstico.
- Subvaloración del motivo de consulta y mal manejo de la comunicación extraverbal.
- Uso de términos reconocidos como de pésimo pronóstico. Incapacidad del médico para manejar situaciones de hostilidad, reclamos, angustias, hipersensibilidad de los pacientes y familiares real o imaginariamente afectados por dolencias graves.

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la RMP es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la Imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico. Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la RMP en sus

aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir. Toda esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono.

En el libro del Dr. *Miguel A. Moreno* aparece una escalofriante cita de *Castillo del Pino*: “Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías (8). El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros”.

En el sistema de salud cubano no existe esta problemática en su totalidad, pero no se puede olvidar que los médicos se nutren de la información científica procedentes de esos países desarrollados y mucha de esta información esta permeada por las características de su sistema social, pudiendo influir negativamente en su actuación. En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización en forma injustificada.

## Conclusiones

- El médico debe estar preparado en cuestiones éticas para hacer frente al ejercicio de la medicina en el entorno siempre cambiante de las ciencias y las tecnologías.

- La relación médico-paciente y los principios que la rigen debe ser lo central en el suministro de atención.

## Bibliografía

1. González Menéndez R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico Técnico;2004.
2. Núñez Jover J. Ciencia, Tecnología y Sociedad. En: Núñez Jover J, Pimentel Ramos L. Problemas sociales de la Ciencia y la Técnica. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994:83-116.
3. Acosta Sariego JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Editorial Félix Varela; 1997:60-1.
4. Núñez, Jorge. La Ciencia y la Tecnología como **Procesos** Sociales. Editorial Varela. La Habana, Cuba, 1999.
5. Lama A. La relación médico paciente y las escuelas de medicina. Rev Med Chile. 1998; 126:1405-6.
6. Rodríguez Silva, H. LA relación médico paciente. Rev. Cubana Salud Pública. 2006; 32 (4)
7. Carrera JM. Evolución de la relación médico paciente. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006. Disponible en: <http://www.monografías.com/trabajos16/médico-paciente.shtml>.
8. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico Técnico; 2001.
9. Vasquez, Rosendo. Reflexiones en el marco de los **Problemas Sociales** de la Ciencia y la Tecnología. Doctorado en Ciencias de la Educación. Universidad de la Habana. **México**, 2003.
10. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Cuarta edición. Nueva York: Oxford Univ Pr; 2004.

11. Olwency C. Bioethics in developing countries; ethics of scarcity and sacrifice. *J Med Ethics* 2006; 20:169-74.
12. Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mansiones Vergare M. Physician Empathy: definition components, measurement and the relationship to gender and specialty. *IS J Psychiatry*. 2002; 159:1563-9.
13. Burbinski B, Nasser M. Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente. *Arch Argent Pediat*. 1990;97(11):43-6.