

Consideraciones éticas ante el paciente con hemorragia digestiva alta

Ethical considerations regarding the patient with upper digestive bleeding

Martha Esther Larrea Fabra ¹

¹ Doctora en Ciencias Médicas. Facultad «General Calixto García». La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se hace un análisis de la actuación que debe tener el personal de la salud ante una enfermedad aguda, como es el caso de la hemorragia digestiva, y de la repercusión que ésta tiene en las esferas física y psíquica del paciente y de sus familiares, así como de las alteraciones que puede ocasionar en la relación del hombre con su comunidad. Las consideraciones éticas sustentadas en la medicina basada en evidencias son de suma importancia para lograr la recuperación de estos pacientes graves y la mejor opción para que el enfermo recupere su salud de forma integral. Se hacen reflexiones respecto a los conceptos que sobre la ética médica han sido considerados y respecto a aquellos sobre los que se basa nuestra sociedad actual.

Palabras clave: Ética médica, relación médico-paciente, atención de salud en la comunidad, relación salud-enfermedad, medicina basada en la evidencia.

SUMMARY

An analysis is made of the way the health personal should act in the presence of an acute disease, such as digestive hemorrhage, of its impact on the physical and psychical spheres of the patients and their relatives, as well as of the disorders it may cause in the man-community relationship. The ethical considerations sustained on evidence-based medicine are very important to attain the recovery of these severe patients and they are the best option for the comprehensive recuperation of the patient's health. Reflections are made on the concepts of medical ethics that have been considered so far and on those on which our current society is based.

Key words: Medical ethics, physician-patient relationship, community health care, health-disease relationship, evidence-based medicine.

INTRODUCCIÓN

La ciencia actual con sus progresos en el campo de la Medicina ha podido descifrar las incógnitas de gran cantidad de enfermedades, entre las cuales se hallan las que provocan una hemorragia digestiva. En el terreno de las relaciones interpersonales médico-paciente, enfermera-paciente, técnico de salud-paciente, desempeña un papel fundamental la preparación técnica y profesional del equipo que atiende al enfermo, para lograr una excelente comunicación y un alto grado de satisfacción y confianza del paciente en el tratamiento que se le aplicará. Además, es de suma importancia la estrecha relación que existe entre el Estado y los servicios de salud, pues en nuestro sistema social, donde se identifican los derechos de cada ciudadano, es un deber mantener el buen estado de salud de la población.

Rememorando un poco la historia del síndrome de hemorragia digestiva alta y el conocimiento que el hombre obtuvo al respecto, se puede afirmar que se conoce del sangrado digestivo alto (SDA) como de la misma Medicina. Cuatrocientos años antes de nuestra era, Hipócrates, reconocido como el padre de la Medicina,¹ refirió algunos síntomas correspondientes a este cuadro clínico. En el siglo II después de Cristo, Claudio Galeno, médico griego famoso por sus descubrimientos,¹ demostró y resaltó con más elocuencia la evidencia del SDA y de la aparición de la materia fecal negra, brillante y fétida que resulta de la degradación de la sangre.

Por SDA ingresan en los servicios de urgencia de los hospitales españoles unos 79 a 80 pacientes por cada 100 000 habitantes en un año. En los Estados Unidos ocurren 150 000 ingresos hospitalarios en un año,²⁻⁴ y en Cuba el SDA constituye el 10 al 20 % de los ingresos en los servicios quirúrgicos.⁵ Es mucho más frecuente después de los 50 años, en el sexo masculino y en las personas de piel blanca. Algunos autores han registrado cifras de mortalidad mayor en pacientes mayores de sesenta años.

La hemorragia digestiva alta se define como todo sangrado que se produce en el territorio del tubo digestivo por encima del ángulo de Treitz, o sea en los primeros segmentos del aparato digestivo, desde la boca hasta el ángulo duodenoyeyunal.¹

La presentación de cualquier síntoma de hemorragia digestiva provoca una reacción de temor en el enfermo, que al acudir al facultativo, lo hace con la duda de la posibilidad real de morir. El médico cuando recibe a un paciente con este cuadro clínico está obligado a realizar todos los procedimientos necesarios para lograr cohibir la hemorragia que, con certeza sabe, que si se mantiene puede llevarlo a la muerte.

El SDA es una emergencia común y tiene una mortalidad significativa. Aunque existen numerosas causas que lo motivan; la mayoría de los autores coinciden en referir que las más frecuentes son las enfermedades ulcerosas, las várices esofágicas, los procesos inflamatorios de la mucosa gastrointestinal, como las gastritis, duodenitis y esofagitis, pero también se reporta sangrado en el curso de enfermedades infecciosas como el sarampión y la fiebre tifoidea, los tumores malignos y benignos, la púrpura trombocitopénica idiopática, los traumatismos internos o externos, la hemofilia, la ingestión de cáusticos, etc.

La aplicación de investigaciones clínicas que propicien la prevención de estas enfermedades es una manera real de actuar consecuentemente con el progreso del conocimiento científico, que logra postular leyes y categorías nuevas, cada vez más complejas según lo sea la realidad.

Por este camino el hombre transita en su afán del conocimiento. Este sería el modo correcto de pensar y aplicar los resultados de las investigaciones en aras del descubrimiento de la realidad, además de identificar en la esfera social la responsabilidad que le compete al Estado en la aplicación de los progresos de las ciencias para elevar el nivel de salud de la población.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

Cuando evaluamos las posibilidades de aplicación de causa-efecto en la esfera de la preservación de la salud, estamos aplicando la concepción filosófica de que existen cambios y desarrollos constantes, así como contradicciones internas que llevan a cambios cualitativos de la materia. En este sentido, la doctrina de la relatividad del conocimiento humano proporciona un reflejo de la materia en eterno desarrollo.⁶ Con este enfoque estamos aplicando la dialéctica en las ciencias médicas y la respuesta a muchas interrogantes que nos crean las manifestaciones clínicas de variadas enfermedades.

La presencia de un paciente en estado de gravedad que pudiera llegar a catalogarse de extrema gravedad, impulsa al médico a aplicar los avances de la ciencia y de la práctica avanzada para salvaguardar la vida del ser humano y proporcionarle una mejor calidad de vida. Así, ante cada reto científico los hombres de ciencia buscan la verdad científica de cada fenómeno.

Un descubrimiento trascendental en el desarrollo posterior de los enfoques de la ciencia ante las enfermedades fue la teoría celular, que en el siglo XIX se dio a conocer a través de los trabajos y observaciones de los biólogos alemanes Schleiden y Schwann, quienes en 1838 y 1839 elaboraron esta teoría donde se planteó el papel fisiológico de las células y su

renovación ininterrumpida.⁷ De hecho, y analizando bajo esta concepción el caso de pacientes con hemorragia digestiva, podemos comprender con mayor claridad que la regeneración de las células gástricas o duodenales lesionadas y sangrantes se logra al unísono a la par de la destrucción de otras.

Cuando ante el paciente con hemorragia aplicamos los métodos de investigación actuales, hacemos un análisis profundo de las posibilidades causales del cuadro agudo y confirmamos la causa que lo provoca, al desarrollar la hipótesis planteada ante el problema de salud, estamos aplicando la concepción científica que emplea en gran escala los métodos de investigación aceptados en la ciencia, entre ellos la hipótesis, los postulados, la confirmación de los hechos, su análisis y el estudio de las probabilidades de unos u otros procesos.

Lenin señalaba «que el mundo no satisface al hombre sino que éste decide cambiarlo por medio de su actividad».⁸ Y esto se puede lograr cuando explicamos de forma científica los hechos: así vamos hacia la veracidad del conocimiento y podemos lograr la verdad objetiva de todos los fenómenos.

Los factores predisponentes de las enfermedades gastrointestinales son múltiples son, entre otros:²

- el aumento de la producción de secreción ácida del estómago,
- la prevalencia de la infestación por *Helicobacter pylori* y la ingestión de medicamentos que pueden dañar la mucosa gastroduodenal.

Estos son elementos importantes que se deben tener en cuenta cuando tratamos a un paciente con hemorragia digestiva, pues todos pueden causar una úlcera o un proceso inflamatorio, y como complicación la hemorragia, lo cual sería un ejemplo de la ley de la transformación de los cambios cualitativos de forma gradual (en este caso la mucosa gastroduodenal pasa de un estado de equilibrio a un estado de enfermedad). La aplicación de estas leyes pueden utilizarse no solo en el contexto social, sino también en otros procesos como los de salud-enfermedad antes mencionados.

Normalmente la mucosa gastrointestinal está protegida por varios mecanismos distintos:³

- La producción por la mucosa de moco y HCO_3 origina un gradiente de pH entre la luz del estómago (pH bajo) y la mucosa (pH neutro). El moco se comporta como una barrera para la difusión de ácido y pepsina.
- Las células epiteliales eliminan el exceso de iones hidrógeno (H^+) por medio de sistemas de transporte en la membrana y tienen uniones oclusivas, las cuales impiden la retrodifusión de los iones H^+ .
- El flujo sanguíneo de la mucosa elimina el exceso de ácido que ha difundido a través de la capa epitelial. Con la reparación de la mucosa y el mantenimiento de su integridad se han implicado varios factores de crecimiento (p. ej., factor de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento similar a la insulina) y varias prostaglandinas.

El desarrollo de la medicina cubana y la organización de los planes de salud ha permitido cumplir con el principio de una medicina más preventiva que curativa, y en este orden la atención primaria de salud aplica el modelo del médico y la enfermera de la familia con un enfoque que toma en cuenta tres elementos:

- 1) los cambios en el patrón de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles,
- 2) la tendencia a la superespecialización en la práctica médica,
- 3) y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población.

En la práctica, existen dos escenarios donde se lleva a cabo la relación médico-paciente: la atención primaria (en los policlínicos, áreas de salud, consultorios del médico de la familia, escuelas, centros de trabajos, asilos, casas de abuelos, casas maternas, etc.) y la atención secundaria y terciaria (en los hospitales y en los institutos de investigación).

La responsabilidad de la atención a la salud del hombre que se brinda en nuestra sociedad, donde se da el verdadero valor a la integridad humana tanto desde el punto de vista físico como mental, está altamente relacionada con la preparación técnica que se requiere para llevar a cabo una óptima atención por parte de todos los trabajadores de la salud.⁹

El Estado cubano vela por la unidad entre el hombre y la colectividad y sus principios están basados en la atención al hombre en todos sus intereses. Ejemplos de ellos es el mejoramiento del nivel de vida material y cultural y el desarrollo del sistema de la salud pública. Estos lineamientos responden a la teoría de la correlación entre la sociedad y el individuo sobre la base del colectivismo, elaborada por Marx y Engels.¹⁰

La concepción de la prevención, piedra angular de la atención de salud en nuestro país, tuvo en nuestro apóstol, José Martí, un defensor. Él manifestó: «La verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave; la higiene es la verdadera medicina. Más que recuperar los miembros desechados del que cae rebotando por un despeñadero, vale mejor la pena apartarse de él.»¹¹

La ética médica clínica ha sido el exponente tradicional de la relación médico-paciente, tanto en el consultorio como en las salas de hospitalización. Sin embargo, la ética médica en el médico de familia adquiere una significación muy especial: no se trata solo de establecer una relación médico-paciente, sino mucho una relación más amplia, en el sentido de una relación médico o enfermera-hombre (sano o enfermo)- familia-comunidad. Es la expresión más completa de la ética de la salud, donde el médico penetra en todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de un sector de la comunidad, en contacto directo con el hombre y su medio, y donde la ética adquiere una nueva dimensión y va mucho más allá de la cabecera del paciente.¹²

Los médicos deben ser sinceros y, no obstante, transmitir una sensación de optimismo. Algunos pacientes deben ser prevenidos de aquellos que hacen falsas promesas de curación. El paciente debe sentir que todos los miembros del equipo sanitario están interesados y disponibles para contestar sus preguntas. El médico debe propiciar discusiones sinceras sobre la atención en fases terminales y sobre los últimos progresos médicos en el momento oportuno. Nuestros preceptos médicos y el alcance social de estos están acordes con los planteamientos del Juramento Hipocrático,¹³ que cita en su segundo punto:

Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determina la ley médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa, según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.

En 4 preceptos de nuestros principios de la ética médica actual,¹⁴ se señala la relación con la actuación ante el paciente y familiares:

Propiciar una adecuada relación personal con el paciente, que le inspire un estado anímico de seguridad; explicarle su estado de salud y las causas de su enfermedad, con el tacto y la prudencia necesarios, e informarle, oportunamente, las medidas preventivas, de diagnóstico, de tratamiento y de rehabilitación que debe adoptar, o a las que ha de ser sometido.

Establecer similar relación con los familiares del paciente, informándoles, en cualquier momento, todos los aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, propiciando obtener el máximo apoyo y cooperación posibles, en lo relacionado con la prevención, curación y rehabilitación de su familiar.

Escuchar las preocupaciones y dificultades del paciente y sus familiares, darles la atención requerida y esforzarnos por viabilizar las soluciones posibles.

Utilizar, en todo momento de nuestras relaciones con los pacientes y sus familiares, un lenguaje claro, sencillo y comprensible, erradicando cualquier expresión soez o de mal gusto.

Todo lo señalado está basado en los conceptos filosóficos del materialismo dialéctico e histórico, que sí nos da una respuesta positiva y evidentemente satisfactoria ante la relación médico-paciente- institución de salud- comunidad, así como la actuación con un manejo profesional ante el paciente grave y, en el caso que nos ocupa, del paciente que sufre de una pérdida sanguínea aguda importante, dependiente de una afección del sistema digestivo superior de causa benigna o maligna, perfeccionándonos además en todos los campos de la investigación biomédica para lograr aplicar de forma óptima los conocimientos científicos en función del bienestar general.

LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

La actuación ante el paciente con hemorragia digestiva forma parte de la política de salud de nuestro país que está acorde con las reglamentaciones internacionales sobre el logro del aumento de la esperanza de vida, la utilización de la tecnología de punta y la protección a la integridad humana, entre otras, elementos que son esenciales para lograr un elevado nivel de salud de nuestra población.

Al atender a los pacientes con hemorragia digestiva de forma urgente, llevamos a la práctica los postulados de nuestra ética médica y cuyos resultados se ven favorecidos por la disminución de la morbilidad y mortalidad de estos casos, gracias a la aplicación de los progresos de las ciencias médicas y la actuación preventiva del equipo de salud en la comunidad. El equipo logra evitar esta complicación grave al evaluar las afecciones digestivas crónicas y la utilización de un manejo terapéutico adecuado que permite la resolución de muchas de ellas y, en otros casos, el tratamiento idóneo para las que requieren procedimientos endoscópicos, quirúrgicos o de otra índole.

La implantación de la medicina basada en la evidencia, de los planes prioritarios para la atención de problemas médicos de urgencia y dentro de ellos, de la urgencia por

hemorragia digestiva alta, logran cubrir las necesidades propias de estos casos mediante la aplicación consecuente de la medicina como ciencia biopsicosocial.

A pesar de las limitaciones impuestas de manera externa por el régimen imperialista norteamericano para construir barreras que imposibiliten la obtención del conocimiento y de los recursos tecnológicos más novedosos creados y empleados en el mundo biomédico actual, para contrarrestar con eficacia todo tipo de enfermedades, nuestra sociedad basada en el principio de que la salud del pueblo es de orden primordial ha logrado superar estos inconvenientes y ha demostrado en la esfera mundial que los planes de salud utilizados y aplicados en nuestro país han logrado cifras del estado de salud de la población en general comparables con las de países desarrollados, como es la tasa de mortalidad infantil y la expectativa de vida, logros que son ejemplarizantes para la comunidad internacional.¹⁵ Los resultados de la medicina cubana son el fruto del intenso trabajo de nuestro Estado por desarrollar los recursos humanos en esta rama de la ciencia y asegurar los recursos materiales para la atención de salud en todas las provincias y comunidades del país.

Nuestro héroe nacional, José Martí, vislumbró el futuro de ciencias de nuestra isla: «¡Ah, Cuba, futura universidad americana!: la baña el mar de penetrante azul: la tierra oreada y calurosa cría la mente a la vez clara y activa: sus hijos, nutridos con la cultura universitaria y práctica del mundo, hablan con elegancia y piensan con majestad, en una tierra donde se enlazarán mañana las tres civilizaciones. Más bella será vivir en el lazo de los mundos.»¹⁶

La profesión médica, uno de los componentes de nuestra ética médica, donde se incluye entre otros aspectos la conciencia del médico, la confianza del enfermo y la observancia del método clínico, es parte importante en la repercusión social que se presenta ante cada caso clínico ya sea crónico o agudo y dentro de éstos, las situaciones urgentes o emergentes, todas ellas con afectación de la esfera psicosocial y que para el sector de la salud, la actuación consecuente ante el enfermo, la calidad de la atención, la aplicación de los medios y métodos tecnológicos más avanzados, así como la honestidad y el humanismo forman parte de la fluidez y positividad en el desarrollo de la cadena médico-enfermera-paciente, tanto en la esfera física como psíquica para aquél que presenta el descalabro de su salud.

Tanto la imagenología como la endoscopia abrieron el camino de las imágenes como medios diagnósticos en el campo de la medicina.¹⁷⁻¹⁹ Esta revolución tecnológica ha logrado cambiar la historia natural de numerosas enfermedades que pueden ser diagnosticadas precozmente y con mayor precisión y que pueden además evolucionar más favorablemente utilizando la vía endoscópica para su tratamiento.

Todo hombre que comience con síntomas y signos de pérdida sanguínea y por consiguiente con la presentación de una anemia aguda requiere de una terapéutica especializada para su afección, tanto desde la comunidad y sus instancias de salud hasta los más altos centros calificados, pero además requiere un apoyo moral, y por consiguiente ético, que logre obtener una acción social con valores altamente positivos y un desarrollo de la conciencia social que repercutirá sobre la esfera biopsicosocial del enfermo dentro del seno familiar y su entorno social comunitario.

Ejemplo de estas acciones podemos hallar en las orientaciones preventivas del equipo de salud comunitario ante toda persona con factores predisponentes de la enfermedad ulcerosa a causa de infección bacteriana o en el caso de personas de cualquier edad que han sufrido infecciones hepáticas o padecen alcoholismo, las cuales pueden provocar alteraciones estructurales del tejido hepático y por ende, llevar a una insuficiencia hepática con desarrollo de un síndrome de hipertensión venosa portal que incluye várices esofágicas que

se pueden romper y sangrar. En el apoyo que se le debe ofertar a estos enfermos, debe jugar un papel importante la acción dirigida a sus esferas psíquicas; los cuidados y consejos del médico y la enfermera tanto al enfermo como a sus familiares. Estas acciones se consideran primordiales para lograr la curabilidad o en todo caso la compensación de la enfermedad y evitar el desenlace desfavorable si no se cumplen las orientaciones y prescripciones médicas establecidas para cada caso.

Sin dudas, el estado de salud individual depende de las condiciones y del estilo de vida, y en ellas entran en acción con un peso importante los elementos derivados del momento subjetivo de la actividad. El hombre enajenado no puede asimilar correctamente sus condiciones de existencia y por tanto elegirá un estilo de vida no adecuado. Se produce entonces un desequilibrio entre sus necesidades y capacidades y las posibilidades que tiene para satisfacerlas.²⁰

El conocimiento y la actuación hacia la salud tienen como principio el lugar que ésta ocupa dentro de la jerarquía de valores del individuo. Dicho lugar, si bien está determinado objetivamente por las condiciones materiales y espirituales, también depende del sujeto mismo.

Es un ejemplo obvio de enajenación el que el individuo no se sienta responsable y actúe como tal con su salud y deposite la responsabilidad en terceros; ya sea concibiendo la salud como un don no terrenal que escapa a su dominio y la enfermedad un castigo, como depositando responsabilidad en el Estado. El fenómeno enajenación de la salud va mucho más allá: a la irracionalidad de la relación con la naturaleza, y la irracionalidad de las propias relaciones sociales, a la organización de la salud pública y el carácter de los servicios de salud, a la pertenencia de los individuos actuantes a determinados grupos y clases sociales y, por último, al propio individuo y su estilo de vida.¹⁹ De hecho es importante actuar sobre la esfera no solamente física sino psíquica del individuo enfermo, y con los familiares con quien convive, así como con sus vecinos y amigos, implicando a toda la comunidad en la labor social de rescate del enfermo hacia una conducta social adecuada para que pueda contrarrestar las alteraciones de su enfermedad con plena confianza y sintiendo el apoyo de todos los que lo rodean.

CONCLUSIONES

La actuación ante los problemas de la medicina en general deben ser abordada con el más alto rigor científico, con la mayor profesionalidad, con el concepto de que la salud es un pilar fundamental de la sociedad y para la cual se deben aplicar todos los preceptos necesarios en aras de lograr un equilibrio biológico de la población, con la integración de ciencia-hombre-comunidad-tecnología- medio ambiente-esfera psíquica y social.

La salud sirve de apoyo para obtener una armonía entre las relaciones del hombre con la naturaleza y la sociedad. En el caso particular de la hemorragia digestiva alta aguda, la correcta evaluación de cada enfermo en particular y la actitud médica consecuente ante el desequilibrio biológico y psíquico, son deberes de nuestros profesionales de la salud, que se sienten comprometidos con cuidar el bienestar de sus compatriotas, y a la vez del aparato estatal, parte más importante de la superestructura social, que tiene la obligación de asegurar el resultado exitoso de los planes de salud emprendidos para solucionar las necesidades y la mejora de la población.

Considerando la concepción de la medicina basada en la evidencia —donde se ha demostrado que tanto el rigor científico como la profesionalidad y la aplicación de los avances tecnológicos en el campo de las ciencias y en particular el de la medicina son baluartes para elevar el nivel de desarrollo en salud—, en nuestra organización de la salud pública ésta se cumple ya que no ocurren contradicciones entre la concepción científica, los progresos de la ciencia y el desarrollo de la ética, pues en nuestro sistema social la ciencia está al servicio del pueblo.

Las relaciones de producción, cuyo perfil social es cada vez más pleno, hacen posible el logro de una atención esmerada de la salud del hombre y un mayor nivel de satisfacción de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Friedman SG. A History of Vascular Surgery. New York: Futura Publishing Company, Inc.; 1989.
2. Manual Merck. Décima Edición. Sección 3: Alteraciones gastroduodenales. Cap. 23: Gastritis y Enfermedad ulcerosa péptica. EE. UU.: Ediciones Harcourt; 1999.
3. Branicki FJ, Coleman SY, Fok PJ. Bleeding peptic ulcer: a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality. *World J Surg* 1990; 14:262-70.
4. Szura M, Zajac A. Development of diagnostic methods in upper gastrointestinal tract bleeding. *Przegl Lek* 2002;59(3):197-200.
5. León FR, Ruiz J, Palomino A, Torres R, Fernández A, Martínez MA. Tratamiento endoscópico del Sangramiento Digestivo por úlcera péptica. *Revista SILAC*. 1997;5(1):13-9.
6. Engels F. Dialéctica de la Naturaleza. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1973.
7. Engels F. Anti-Duhring. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1973.
8. Lenin VI. ¿Qué hacer? En: Obras escogidas. Tomo I Moscú: Editorial en Lenguas Extranjeras; 1960. Pp.123-290.
9. Selman Housein AE. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.
10. Kelle V, Kovalzon M. Ensayo sobre la teoría marxista de la sociedad. Moscú: Editorial Progreso; 1975.
11. Aldereguía HJ. Temas de Sanología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1993.
12. Llorens Figueroa JA. Los Derechos Humanos y la Salud en Cuba. Folleto mimeografiado. La Habana; 1994.
13. OMS. Juramento de Hipócrates. *Salud Mundial*; 1989(4): 16.

14. Principios de la ética médica. La Habana: Editora Política; 1983.
15. Llorens FJA. El juicio ético en la práctica médica. Rev Cubana Med. 1997;36(1):7.
16. Núñez JA. José Martí: La Naturaleza y el hombre. Fundación Antonio Núñez Jiménez. De la Naturaleza y el Hombre. La Habana: Editorial Letras Cubanas; 2002.
17. Rodríguez LT, González PR. Error, iatrogenia y ética. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana. 1993;34(1):31-9.
18. Johnson MH. The art of regulation and the regulation of ART: the impact of regulation on research and clinical practice. J Law Med 2002; 9(4):399-413.
19. Hirsch LJ. Conflicts of interest in drug development: the practices of Merck & Co., Inc. Sci Eng Ethics 2002; 8(3):429-42.
20. Colectivo de autores. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.

Recibido: 23 de enero de 2008.

Aprobado: 16 de marzo de 2008.

Martha Esther Larrea Fabra. Avenida Universidad y Calle G, El Vedado. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: larream@infomed.sld.cu