



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: VI Número: 2 Artículo no.:63 Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2019.

TÍTULO: Análisis de la justicia distributiva como principio bioético inviolable en las Unidades de Cuidados Intensivos.

AUTORES:

1. M.D. Lester Wong Vázquez.
2. Máster. Elizabeth Mayorga Aldaz.
3. M.D. Xiomara Josefina Pedroza,
4. M.D. Jessica Maribel Ocaña Guevara.
5. M.D. Geyla Yomar Carrera Montero.
6. M.D. Miguel Ramos Argilagos.

RESUMEN: Las unidades de cuidados intensivos como espacios fundamentales dentro de los nosocomios aseguran una atención diferenciada a enfermos en estado crítico, por parte del personal médico intensivista, de enfermería, fisioterapia, psicología, epidemiología y otros, además de servicios sociales. Esto requiere una conducta ética especial del personal calificado. Es en la aplicación del principio justicia distributiva donde se evidencian una mayor complejidad y frecuencia de dilemas éticos en el ejercicio de las profesiones biomédicas en el entorno de las unidades de cuidados intensivos. Se analiza la justicia distributiva como principio bioético inviolable en las Unidades de Cuidados Intensivos.

PALABRAS CLAVES: Unidades de cuidados intensivos, justicia distributiva, sociología, ética.

TITLE: Analysis of distributive justice as an inviolable bioethical principle in Intensive Care Units.

AUTHORS:

1. M.D. Lester Wong Vázquez.
2. Máster. Elizabeth Mayorga Aldaz.
3. M.D. Xiomara Josefina Pedroza,
4. M.D. Jessica Maribel Ocaña Guevara.
5. M.D. Geyla Yomar Carrera Montero.
6. M.D. Miguel Ramos Argilagos.

ABSTRACT: Intensive Care Units as fundamental spaces within the hospitals assure a differentiated attention to patients in critical condition, by intensive medical staff, nursing, physiotherapy, psychology, epidemiology and others, as well as social services. This requires special ethical behavior of qualified personnel. It is in the application of the principle of distributive justice that there is evidence of a greater complexity and frequency of ethical dilemmas in the exercise of the biomedical professions in the environment of the Intensive Care Units. The distributive justice is analyzed as an inviolable bioethical principle in the Intensive Care Units.

KEY WORDS: Intensive care units, distributive justice, sociology, ethics.

INTRODUCCIÓN.

La práctica médica o ejercicio de la medicina es un proceso que tiene carácter histórico. Comenzando con Hammurabi, sexto rey de Babilonia durante 42 años, desde 1750 a.C. hasta 1792 a.C. su reinado se caracterizó, entre otras cosas, por crear leyes que rigieran el comportamiento ciudadano, aparecen registradas 282 leyes entre las cuales de la 218 a la 223 y las 226 y 227 se refieren a la práctica médica específicamente.

Estas leyes tenían cómo fundamento la Ley de Talión. En ellas se norman las conductas que debían seguir los médicos en la atención a los enfermos y qué hacer ante situaciones que se presentaran, o si por error médico el paciente perdía la vida; es decir, que un código ético regía el proceder médico con sus enfermos.

En época más reciente, Hipócrates y el Juramento Hipocrático redactado por este, por su importancia se reproduce a continuación:

Juramento Hipocrático. “Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea, y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.

Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.

No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualquiera casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.

Guardaré silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.

Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro” (Remis, 2009, p.2).

El Juramento Hipocrático se considera un código de ética para todo aquel que quiera dedicar su vida a la medicina. Se pueden identificar los principios de beneficencia y de no maleficencia. En muchos países constituye una parte de la ceremonia de graduación de los médicos, no en su forma original, sino con variaciones que lo hacen más aplicable al acontecer contemporáneo.

La medicina que se aplica en las unidades de terapia intensiva (Velazco y Heras, 2017), tiene en cuenta estos principios que aparecen recogidos en el Juramento Hipocrático con las adecuaciones pertinentes a la realidad actual y ha incorporado nuevos principios bioéticos que enriquecen el comportamiento de los trabajadores de la salud.

En el momento actual se identifican, entre las propuestas, la teoría de la justicia distributiva, cuya representante es la Premio Nobel de Economía en 1998, Amartya K Sen, y la que propulsa el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011). El propósito de esa investigación, tomando como referentes a los representantes propuestos, es el enfoque común que hacen sobre la economía de mercado de corte liberal, reconocida como el ejemplo adecuado para el funcionamiento del sistema.

La investigación parte de la pobreza, no referida a una nación, región o continente, sino a escala global (Sánchez, 2006; B.M., 2015), teniendo como tema central “la justicia distributiva” constituida como una cuestión de desigualdad o inequidad (Zúñiga, 2013), que como se presentará posteriormente, se trata de disparidades. La desigualdad, como quiera que se presente, constituye un problema que debe enfrentar la ética, considerándolo un punto de partida.

A los principios tradicionales de la ética médica, la Bioética añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud), estos principios que se adicionan intentan ejercer una función de complemento. En particular la justicia distributiva en salud se asocia a la capacidad del equipo de profesionales de este ramo de evitar el derroche de escasos recursos en un paciente, a sabiendas de que estos recursos no variarán un ápice el curso de la evolución de su estadio terminal o crítico, dejando por ello desprotegidos a otros pacientes necesitados y con posibilidades de recuperación (Amaro, Marrero, Luisa, Blanca & Moynelo, 1996).

En las unidades de cuidados intensivos, este principio adquiere especial relevancia cuando, ante una urgencia, se prioriza la atención al paciente más necesitado; al más grave; procurando siempre realizar una adecuada valoración de las necesidades de cada paciente y jerarquizar debidamente la satisfacción de las mismas.

A pesar de la importancia que reviste el conocimiento, difusión y aplicación de este principio de la bioética, en el contexto de las unidades de cuidados intensivos en la literatura científica no se observa un desplazamiento del interés de la comunidad científica en esta dirección. De ahí que el presente trabajo tenga la finalidad de analizar la justicia distributiva como principio bioético inviolable en las Unidades de Cuidados Intensivos.

DESARROLLO.

Método.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada sobre el principio bioético justicia distributiva, en particular sobre su aplicación en las unidades de cuidados intensivos. La búsqueda de artículos fue realizada en el Medline y en los bancos de datos Scielo, Lilacs y Pubmed, entre 1990 y 2011. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda electrónica (en la forma de

descriptores o de palabras) fueron: Unidades de cuidados intensivos, justicia distributiva, sociología, ética. Se utilizaron también los calificadores compromiso para la vida, terapia intensiva y cuidados especiales. Se realizó una revisión de libros, artículos y documentos de organizaciones internacionales que hicieran referencia al tema, especialmente en unidades de cuidados intensivos.

El número inicialmente fue de 17. Este total de artículos se amplió, posteriormente a 21, mediante la identificación de estudios citados en revisiones y a través del contacto con investigadores y autores y seguidamente se realizó una profunda sistematización teórica como base del análisis realizado.

Se utilizaron como criterios de sistematización dos subtemáticas puntuales: modelos éticos de atención de salud y la aplicación del principio bioético justicia distributiva en las unidades de cuidados intensivos.

Resultados.

Modelos éticos de atención de salud.

La ética en general, y la ética médica en particular, han atravesado diferentes momentos y se han desarrollado en la medida que se han estudiado los sucesos en el lugar en el que ocurren, o fuera de los mismos, teniendo en cuenta las circunstancias en las que acaecen. Una ciencia que ha ayudado al estudio de los comportamientos humanos es la Antropología.

Los aportes de la misma no se limitan a los aspectos relacionados con el biotipo de la persona, sino que, aborda también, los aspectos socioculturales de los grupos sociales. En esta dirección, la Sociología (Giddens, 1994), que es considerada una ciencia, si se tiene en cuenta que emplea técnicas y métodos investigativos y evalúa teorías, pero sin copiar el modelo de las ciencias naturales, aunque se vincula con otras ciencias, estudia el comportamiento social de las personas, de los grupos y de la organización de las sociedades. Un aspecto importante también es el estudio de las etnias, de lo que

se ocupa la Etnografía que, siendo parte de la Antropología, particulariza en los grupos humanos (Minaya y Roque, 2015).

El comportamiento ético de las personas guarda estrecha relación con las características socioculturales del grupo o la etnia a la que pertenece. La vulnerabilidad, entendida como un factor de riesgo que puede transformarse en una agresión a la integridad física o psíquica de la persona varía atendiendo al grupo o etnia a la que pertenece la persona y debe ser valorada en su dimensión ética también. El proceso salud-enfermedad (Langdon y Braune, 2010) forma parte de estas consideraciones y se manifiesta indistintamente en los diferentes grupos humanos.

Desde el punto de vista sociológico, la salud y la enfermedad influyen sobre la conducta de los seres humanos (Dahm, Geissler, Hüttner, Klemm, Kunzendorff et al., 1990). Se puede afirmar también que, la enfermedad y la salud son influidas por la conducta. Esta interdependencia recíproca, mediada a su vez por la posición socioeconómica, es decir, por las relaciones del ser humano con el mundo objetivo del que forma parte, por su conducta social propiamente dicha y por la forma de conducta consigo mismo, modifican la morbilidad y mortalidad del proceso. Es posible, entonces, identificar en el enfermo un ente activo ante la enfermedad, y en forma sintética resumir esa actividad en tres aspectos o roles:

Primero: La lucha contra la enfermedad y el papel activo que desea tener en su curación.

Segundo: La necesidad del conocimiento en la comprensión de lo que le sucede, valorar la situación y desear comprenderla.

Tercero: Sus conexiones sociales se reducen, pero se establecen nuevas con el o los médicos, enfermeras y otro personal sanitario, así como con otros enfermos y sus acompañantes.

Estos tres aspectos señalados están presentes en las unidades de cuidados intensivos y se aplican del mismo modo que, en la práctica habitual de los individuos, fuera de los recintos hospitalarios se interesan por comprender el papel activo que deben tener en la familia y la comunidad, la necesidad

de identificar los fenómenos que ocurren en su entorno y las relaciones entre los miembros de la familia y entre esta, la sociedad y el medio, aspectos estos de los que se ocupa la Sociología.

La conducta de las personas se modifica de modo satisfactorio para su salud, o en detrimento de esta, con implicaciones éticas para enfermos y prestadores. Para los primeros, es decir, los enfermos, las unidades de cuidados intensivos no dejan de ser agresivas, aunque reconocen que mejoran con los cuidados que reciben, pero se ven desprotegidos y reducidos en su libertad de acción (síndrome post terapia intensiva). Generalmente en estas unidades no se admiten acompañantes por lo que la percepción de soledad para los enfermos es mayor que en una sala de hospitalización abierta.

Para los segundos, los prestadores, el enfermo resulta una interrogante científica a la que tienen que enfrentar con los medios con los que cuentan, que a veces resultan insuficientes. En oportunidades despersonalizan a los enfermos y lo convierten en un objeto de estudio reduciendo así su dignidad. Se puede afirmar que se incorpora al proceso un nuevo elemento: el método científico que parte de la observación, de la realidad objetiva que está presente delante de ellos, la convierte en abstracciones científicas que después, con la actividad práctica, se comprueba la hipótesis elaborada.

Este método científico descrito se aviene con el principio de justicia distributiva y no se contrapone con los modelos bioéticos principialistas y personalistas. En un análisis más cuidadoso referente a los modelos éticos más empleados tenemos los siguientes ejemplos:

Modelo principialista: los principios éticos clásicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, propios de este modelo tienen vigencia y son los que priman en la cultura occidental. Se reconocen conflictos entre ellos, no obstante, la mayoría de los conflictos éticos se valoran o resuelven con su intermedio.

Modelo personalista: tiene como eje central al hombre desde la concepción, y considera la dignidad del ser humano desde los primeros momentos de su formación.

Modelo pragmático utilitarista: que antepone a cualquier consideración, incluyendo la humanitaria, el valor práctico de los resultados. Este enfoque dispone que todo lo que es bueno o útil para la sociedad en su conjunto es lo correcto, tiene como fundamento la teoría de la praxis. Establece la relación entre costos y beneficios no solo en la práctica médica sino también en la propia existencia humana y su valor económico, de la sociedad o del progreso científico, arribando a un pragmatismo utilitario extremo.

Modelo liberal-radical: según este modelo, la libertad y solo la libertad es aceptada como el juicio ético principal, por lo que no es considerable o censurable lo que libremente se quiere y se acepta, siempre que no dañe la libertad de los otros. Este modelo no llega a las raíces de la verdadera libertad del hombre, sino que defiende, no la libertad de todos, sino la de los que pueden hacerla valer, por lo tanto, es excluyente.

Modelo sociobiológico: establece que la evolución biológica y sociológica determinan la vida y la sociedad en un momento histórico dado, por lo tanto, los valores morales siguen el mismo proceso. Desde esta concepción, todo valor ético se subordina al mantenimiento del equilibrio evolutivo del ecosistema y a su progreso. En este sentido, lo que se opone y compromete ese progreso no está bien, y lo que contribuye a su sostenimiento y desarrollo es lo correcto.

La vigencia de estos modelos ha resistido el paso del tiempo, pero la relación médico paciente no ha dejado de estar minada por una actitud paternalista (Cañete, Guilhem y Brito, 2012). Aunque el término parece despectivo, su interpretación tiene un gran contenido protector y nada humillante o desdeñoso. Desdichadamente, no se ha borrado el carácter displicente que algunos pretenden atribuirle. En la actualidad, se desea salvar ese problema con lo que se conoce como consentimiento informado. El consentimiento informado se ha convertido en una práctica común en casi todos los hospitales del mundo, se han elaborado documentos que se le entregan al enfermo a su ingreso para que una vez leído firme el mismo aceptando lo que se registra en este.

En realidad, el documento se ha convertido en una patente que pretende exonerar al médico de cualquier culpa por algún evento adverso que se presente durante la ejecución de un proceder intervencionista o no. El carácter participativo que debe tener el enfermo en el conocimiento, y aceptación o no, en el tratamiento que le propone el médico, se diluye en el entramado de términos médicos que nada le dicen al enfermo y que el médico no se molesta en explicarle, el documento es entregado al enfermo como si se tratara de un reglamento que él debe leer y aceptar o no.

La aplicación del principio bioético justicia distributiva en las unidades de cuidados intensivos.

La medicina intensiva es una disciplina relativamente joven, que cada día se enriquece con nuevos conocimientos clínicos y tecnológicos, razón por la cual se impone un régimen de estudio sistemático, continuo, y serio o se cae en el peligro de desactualización con el daño considerable al enfermo, incluso al colectivo en general.

Desde el surgimiento de las unidades de cuidados intensivos, que algunos sitúan en la década de los años 60, se han propuesto tres propósitos que mantiene su vigencia, primero: salvaguardar la vida de las personas, segundo: evitar la discapacidad y las secuelas de cualquier tipo y tercero: evitar la muerte. Bien visto estos principios, si se les quiere llamar así, no son exclusivos de la medicina intensiva, están presentes en cualquiera de las acciones médicas cuando se enfrenta un problema de salud con peligro para la vida.

La estancia de los enfermos en estas salas de cuidados intensivos es, por lo general, corta, por lo que la relación médico paciente tiende a mantenerse en forma vertical y no en forma horizontal, que es lo preferible (participando el propio enfermo en la toma de decisiones para su recuperación). Esta situación, que no es la habitual en otro medio hospitalario, como son las salas abiertas, en la que el tiempo de estancia, u hospitalización, es mayor, permite una relación equipo de salud- paciente más íntima y activa con intercambios y comunicación bidireccionales.

Los problemas éticos son, pues, diferentes. En las primeras (salas de cuidados intensivos) la premura en la toma de una decisión puede ocasionar eventos adversos, incluso comprometiendo la vida de los enfermos. En el segundo caso (salas abiertas) puede ocurrir, pero suele ser muy raro. Claro, se excluye en este caso la negligencia y otras modalidades de esta, como el daño intencional.

Justicia en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social. Cuando los seres humanos adquieren o sufren una enfermedad, su restablecimiento demanda atención calificada que pueden recibir en su medio familiar o a través de los servicios sanitarios de que dispone la sociedad, sean estos privados o sociales, claro está que esta división tiene carácter discriminatorio ya que solo los que gozan de medios económicos altos tienen acceso a la primera, por esta razón algunos autores como Palomino, Grande y Linares (2014) y Álvarez-Dardet y Ruiz (2011) señalan que la distribución de la salud tiene carácter social.

La justicia distributiva se aplica a diario en las unidades de cuidados intensivos, ya que estas son espacios necesarios dentro de los nosocomios para asegurar una atención diferenciada a enfermos en estado crítico que demandan una mayor atención no solo por parte del personal médico intensivista, sino también de enfermería y de profesionales como fisioterapeutas, servicios sociales, psicólogos, epidemiólogos y otros. Esta situación requiere una conducta ética especial de todo el personal que labora en estas unidades.

Además de los recursos humanos necesarios para atender estas unidades sanitarias son necesarios también equipos con un desarrollo tecnológico importante como son las máquinas o respiradores volumétricos, teniendo en cuenta que muchos enfermos necesitan respiración asistida por mucho tiempo y permaneces acoplados a esas máquinas, a veces sin hallarse sedados o en estado de coma neurológico, por lo que pueden estar, incluso, conscientes.

Las unidades de cuidados o terapia intensiva, como prefiera llamársele, tienen, además, otras particularidades que las convierte en centros especiales. Los enfermos son enviados a ellas por médicos especialistas o no de muy disímiles disciplinas médicas o quirúrgicas, incluso sin ostentar post grados en esta especialidad, medicina intensiva. De modo que algunos de los enfermos puede que no tengan criterios para permanecer en ellas, por otro lado, estas unidades cuentan con un número reducido de camas, y a veces, no tienen completo los recursos humanos, sobre todo el personal de enfermería. No es de extrañar, que se presenten problemas éticos con relativa frecuencia y en oportunidades tengan que intervenir autoridades médicas del centro para tomar una decisión que puede ser polémica.

Ejemplo de decisiones difíciles pueden ser: tener que decidir sobre el estado de coma, si es irreversible o no, continuar con un tratamiento con antibióticos de última generación y por lo tanto muy costosos en un enfermo que no tiene posibilidades de recuperación, nutrir e hidratar a ese enfermo, entre otras; por lo tanto, es en la aplicación de este principio -justicia distributiva- donde se evidencian una mayor complejidad y frecuencia de dilemas éticos en el ejercicio de las profesiones biomédicas en el entorno de las unidades de cuidados intensivos.

En ocasiones, qué decisión tomar ante alternativas constituye un verdadero dilema, entendido este como la incertidumbre ante dos posibles conductas. Puede entonces comprenderse lo complejo que resulta, cuando se debe solventar las indicaciones relativas a proscribir las medidas que sostienen la vida de un enfermo, encuéntrese este en estado terminal o haya solicitado la eutanasia, antes de entrar en estado de coma irreversible, o haya dejado escrito un testamento vital. Estos y otros aspectos requieren estudios de mayor profundidad y de carácter empírico si se pretende llegar a niveles superiores de aplicación del principio de justicia distributiva.

Por último, es conveniente hacer referencia a lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) ha identificado como un grupo de elementos denominados “Determinantes Sociales de la Salud”, los cuales se agravan cuando se trata de la distribución sanitaria y la accesibilidad a centros sanitarios confiables y se hacen aún más críticas cuando la demanda es de servicios especializados como las unidades de cuidados intensivos. ¿Cómo hablar entonces de justicia distributiva cuando lo primero que falta es la justicia?, ¿Qué distribución hacer que no sea la inequidad? La respuesta a estas interrogantes hay que encontrarlas no en un sector social determinado, sino en las políticas estatales. Estas, se encuentran en la superestructura de la sociedad y otorgan poder discriminatorio sobre cuáles son los criterios de justicia ante situaciones de riesgo será más amplio.

CONCLUSIONES.

El análisis de la justicia distributiva como principio bioético inviolable en las Unidades de Cuidados Intensivos nos permite afirmar que en la época actual la práctica de la atención de salud, a todos los niveles, implica el respeto no solo a los principios de la ética médica tradicionales, sino también a aquellos más recientemente incorporados por la Bioética.

La justicia distributiva, como principio bioético fundamental lleva a la toma de decisiones con base en las necesidades del paciente, teniendo en cuenta su vulnerabilidad y estado de salud, su derecho a un acceso equitativo a los bienes y servicios de salud, así como la asignación de recursos y distribución de estos ya que, por una parte, las unidades de cuidados intensivos forman parte de los sistemas de salud y tienen la responsabilidad de atender personas en estado crítico con peligro para la vida y, por otro lado, entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes se establecen relaciones que no siempre son participativas dependiendo del estado de estos.

Los elementos que conforman la justicia distributiva son los encargados de garantizar un mejor y más completo nivel de equidad y de establecer los límites necesarios para evitar daño a las personas y grupos vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Álvarez-Dardet, C. y Ruiz, M.T. (2011). Patrimonio de salud: ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 2, 123-7.
2. Amaro Cano, M. C., Marrero Lemus, A., Luisa Valencia, M., Blanca Casas, S. & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 12(1), 11-12.
3. Banco Mundial (B.M.). (2015). El mundo está experimentando un gran cambio poblacional con implicaciones de gran alcance para las migraciones, la pobreza y el desarrollo: informe del BM y del FMI. Recuperado de: www.bancomundial.org/es/news/press-release/2015/10-07/world
4. Cañete, R., Guilhem, D. y Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioeth*; 18(1):121-7.
5. Dahm, I. Geissler, A., Hüttner, I., Klemm, P., Kunzendorff, E., et al. (1990). *Sociología para médicos*. La Habana: Ciencias Sociales.
6. Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid, España: Alianza editorial.
7. Langdon, E.J. y Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagen*, 18 (3).
8. Minaya, G. y Roque J. (2015). Ethical problems in health research with indigenous or originary peoples in Peru. *J Community Genet*; 6, 201-6.
9. OMS. (2008). Recomendaciones de la Comisión de las Determinantes Sociales de la Salud. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index2.html

10. Palomino, P.A., Grande, M.L. y Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS), 72 (1), 71-91.
11. PNUD. (2011). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos. Informe sobre el Desarrollo Humano 2011. Recuperado de: <https://www.oei.es/historico/cienciayuniversidad/spip.php?article2538>
12. Remis, J.A. (2009). Pasado y presente del Juramento Hipocrático: análisis de su vigencia. Revista argentina de radiología, 73(2), 139-141. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000200001&lng=es&tlng=es.
13. Sánchez, A. (2006). Crecimiento económico, desigualdad y pobreza: una reflexión a partir de Kuznets. Problemas del desarrollo, 37 (145), 11-30. Recuperado de: http://www.scielo.org.mz/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-7036200600020000&ting=es
14. Valdés, R.C., Montero, I.L., Martín, N., Leyva, M.A., Rodríguez, R. y Teruel, R. (2018). Valores y antivalores en profesionales de la salud. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, Año: V Número: 3 Artículo no.: 44. Recuperado de: <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/files/200003832-b96e8ba695/18.5.44%20Valores%20y%20antivalores%20en%20profesionales%20de%20la%20salud..pdf>
15. Velazco, J.M. y Heras, G. (2017). Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. Ética de los cuidados,10(20). Recuperado de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php>

16. Zúñiga, A. (2013). Desigualdad sanitaria, liberalismo e igualitarismo. *Política y gobierno*.10 (2), 335-58.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Achury, D.M. y Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*. 13(1), 55-60.
2. Betancourt, R.G. y Betancourt B.J. (2017). Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16 (1), 12-24. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69586>
3. OMS. (2005). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/
4. Rodríguez, G. (2012). Principio de Beneficencia. Centro de bioética Juan Pablo II. Cuadernos. Supl. julio-agosto.
5. Rojas, A. y Lara, L. (2014). ¿Ética, bioética o ética médica? *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 30 (2).
6. Vidal, M.J., Obregón, M., Gálvez, A.M., Morales, A., Gómez, H. y Quesada, F. (2011). La salud pública: Sistema complejo. *Infodir*, 13. Recuperado de: www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/313

DATOS DE LOS AUTORES

1. Lester Wong Vázquez. Especialista en Primer Grado de Medicina General Integral. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES) Tungurahua, Ecuador Correo electrónico: ua.lesterwong@uniandes.edu.ec

2. Elizabeth Mayorga Aldaz. Magíster en Psicoterapia Integrativa. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador.

Correo electrónico: ua.elizabethmayorga@uniandes.edu.ec

3. Xiomara Josefina Pedroza. Especialista en Anestesiología. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico:

ua.xiomarapedroza@uniandes.edu.ec

4. Jessica Maribel Ocaña Guevara. Médico General en funciones hospitalarias. Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda. Guaranda, Ecuador. Correo electrónico:

jessimari_0728@yahoo.es

5. Geyla Yomar Carrera Montero. Médico General en funciones hospitalarias. Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda. Guaranda, Ecuador. Correo electrónico:

geylayomar@gmail.com

6. Miguel Ramos Argilagos. Especialista de Primer Grado en Bioquímica Clínica. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES), Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico:

ua.miguelramos@uniandes.edu.ec

RECIBIDO: 6 de octubre del 2018.

APROBADO: 22 de octubre del 2018.