

# Cirugía y Cirujanos

Volumen  
*Volume* **70**

Número  
*Number* **1**

Enero-Marzo  
*January-March* **2002**

*Artículo:*

## La bioética y la relación médico-paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Academia Mexicana de Cirugía

## Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

## *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

# **La bioética y la relación médico-paciente\***

*Dr. Joaquín Ocampo-Martínez\*\**

## **Resumen**

En el presente trabajo, el autor hace diversas reflexiones con respecto a la relación médico-paciente desde una perspectiva bioética, y destaca su dimensión humanística y ética, así como sobre la crisis de valores en la que se encuentra inmersa, como consecuencia del desarrollo científico-técnico de la medicina, y de la creciente toma de conciencia sobre los derechos humanos por parte de la sociedad. Esta crisis no debe entenderse como una pérdida de valores absoluta, sino como un fenómeno en donde aquellos que han perdido vigencia de manera paulatina, están siendo sustituidos por otros que van emergiendo, o bien, porque algunos de los valores tradicionales, han ampliado su contenido. Finalmente se invita al equipo de atención a la salud, a la reflexión permanente acerca de la necesidad de un cambio de actitud, ante las nuevas perspectivas de nuestro ejercicio profesional.

**Palabras clave:** bioética, relación médico-paciente, ética profesional.

## **Summary**

In this paper, bioethic considerations concerning the physician-patient relationship are made.

The author emphasizes the ethical dimension concerning this relationship well as the crisis in the values of professional practice due to the technical-scientific development of medicine, and the growing consciousness of human rights by society. This crisis is not a loss of values but the replacement of warning values with emerging values, or a widening of traditional values. Finally, the author calls for permanent reflection on the need for a change of attitude in the face of new perspectives contemporary medical practice.

**Key words:** Bioethics, Physician-patient relationship, Medical ethics.

Se ha dividido a la medicina científica contemporánea en tres grandes áreas: clínico-epidemiológica, experimental y social, atendiendo a su condición de praxis basada en un saber científico aplicado a la solución de los problemas de salud del hombre, y a la diversidad de métodos que comparte tanto con las ciencias biológicas como con las ciencias sociales<sup>(1-5)</sup>.

Sin embargo, si algo identifica a la práctica de la atención a la salud, es su dimensión humanística, la cual se conceptúa de diversas formas, todas ellas atingentes al ejercicio y a la filosofía de la medicina.

Por humanismo se entiende, por una parte, todo lo que comprende al hombre como totalidad, es decir, aquello que lo define como ente único y en donde esta unicidad, se expresa tanto en su capacidad para sentir y pensar el mundo, como en la posibilidad de conocerlo y transformarlo a través del intelecto, la voluntad y la reflexión, en el contexto de sus relaciones sociales.

Se ha dicho que “el hombre es la célula que lleva a cabo la síntesis o composición de ciertas moléculas, pero también es el individuo que goza, que sufre, que piensa, que desea, que ama y odia”<sup>(6)</sup>.

Por otro lado, también se define al humanismo como una actitud de respeto a todo ser humano por el hecho de serlo, tomando en cuenta su historicidad, intereses y expectativas, sus logros y deseos insatisfechos y fundamentalmente el respeto a sus facultades específicamente humanas como la libertad de elegir y decidir respecto a su proyecto de vida, considerando a los demás<sup>(6-8)</sup>.

En la dimensión humanística del acto médico, tiene especial importancia su dimensión ética, producto de la relación espacio-temporal que se da entre dos seres humanos: uno que está capacitado para resolver cierto tipo de problemas de salud, y otro que acude a él esperando aliviar sus dolencias y curar sus males, pensando que todo el mundo debe estar enterado de su problema<sup>(9)</sup>.

\* Conferencia presentada en el II Coloquio Nacional Sobre Resolución Alternativa de Conflictos Médicos. Organizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico el 14 y 15 de septiembre del 2001 en Villahermosa, Tab.

\*\* Profesor Investigador de Carrera, Definitivo, Tiempo completo. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM.

## *Solicitud de sobretiros:*

Dr. Joaquín Ocampo-Martínez  
Facultad de Medicina, UNAM.  
Brasil 33, Centro Histórico, 06020, México, D.F.  
Fax: 5526-3853. Tels. 5623-3139, 3121.

Recibido para publicación: 20-09-2001.

Aceptado para publicación: 05-12-2001.

Esta relación clínica intersubjetiva, se ha conocido tradicionalmente como relación médico-paciente. Sin embargo, en la actualidad debe tomarse en cuenta que es una denominación poco precisa. Por un lado, porque el médico no es el único que brinda atención a la salud de los individuos, también está la enfermera, el odontólogo, el psicólogo clínico y otros más, cuya relación con el individuo es tan intersubjetiva y humana como la de aquél<sup>(10)</sup>.

Por otro lado, tampoco es necesariamente un paciente el que solicita este tipo de atención. En muchos casos, el objetivo de la consulta es determinar si se está o no enfermo, por lo tanto los sanos también intervienen en esta clase de relación.

Esto conduce a la necesidad de considerar que la denominación médico-paciente, tiene que ser sustituida por una de carácter genérico, como es por ejemplo, hablar de la relación equipo de salud-usuario, en donde todos los profesionales de la atención a la salud tienen las mismas responsabilidades ante los solicitantes, independientemente de su capacitación y formación profesional específica.

En cuanto al término usuario, a partir de las consideraciones previas, cualquier ciudadano utiliza y solicita en algún momento de su vida, los servicios y entra en un tipo de relación con el equipo de salud que no es necesariamente la de pacientes o enfermos<sup>(10)</sup>.

El término usuario, por otra parte, permite ver a los sujetos desde una perspectiva realista y humanista ajena a todo tipo de mitificaciones y mistificaciones que lo único que propician, es ver al individuo sano o enfermo en algunas ocasiones como un ser etéreo y en muchas otras como un objeto.

En esta relación, interviene además un grupo heterogéneo de sujetos que de manera directa o indirecta, influyen y están presentes en ella y que está conformado por los familiares, amigos, conocidos y representantes legales del usuario de los servicios de salud, así como la comunidad a la que pertenece y con la cual se identifica en su cosmovisión y valores culturales<sup>(10)</sup>.

La interrelación equipo de salud-usuario-grupo heterogéneo, y el contexto donde ella ocurre, puede conceptualizarse estableciendo ciertos paradigmas que ayudan al análisis de tal interrelación<sup>(10,11)</sup>.

Durante siglos, el paradigma hegemónico de esta relación ha sido de carácter paternalista, es decir, una relación vertical y asimétrica en donde el médico ha ejercido un papel activo, autoritario, y el paciente un papel pasivo y de obediencia.

En suma, un vínculo como el que establecen los padres con sus hijos menores y en donde se supone que aquéllos siempre quieren lo mejor para éstos, pero sin tomar en cuenta su voluntad.

En este paradigma de carácter paternalista propio del pensamiento occidental anterior al siglo XIX y que aún prevalece en ciertos lugares, el mandato del médico se ha basado fundamentalmente en dos principios morales hoy conocidos,

dos, en la terminología bioética, como beneficencia y no-maleficencia.

La tradición médica nunca los distinguió claramente, como es de notar en la norma hipocrática que señala al médico favorecer o al menos no perjudicar. En esa identificación de no-maleficencia y beneficencia, estuvo la base de su paternalismo.

En ese sentido, la relación es paternalista cuando el equipo de salud se guía por esos principios y busca algún tipo de beneficio para el usuario aun en contra de su voluntad.

Se faltaría a la verdad, si dejara de reconocerse que en ocasiones, como ha ocurrido a lo largo de la historia de la medicina, el médico antepone sus intereses personales a los del paciente.

A partir de la década de los años sesenta del siglo que acaba de concluir, inició lo que algunos llaman el proceso de emancipación de los pacientes. De ese tiempo a la fecha, tal proceso ha progresado vertiginosamente, convirtiendo la relación equipo de salud-usuario, en una relación progresivamente horizontal<sup>(12)</sup>.

Los cada vez más numerosos códigos sobre los derechos del paciente, han roto el viejo principio de que la enfermedad supone necesariamente la incapacidad psicológica en todos los casos y que por lo tanto, la única salvación del enfermo está en su obediencia absoluta hacia el equipo de salud.

Lo que estos códigos reivindican, es el derecho del usuario de los servicios de salud que posee capacidad y competencia, para tomar decisiones sobre su propio cuerpo en función de su proyecto de vida, es decir, hay un principio de respeto a la autonomía que el médico paternalista siempre ha ignorado o no ha querido reconocer.

Hoy día, la relación equipo de salud-usuario se plantea en términos de un paradigma horizontal de decisiones compartidas, para la consecución de los fines de la atención a la salud.

Con estos antecedentes, resulta imprescindible la reflexión sobre la ética de los profesionales que participan en el equipo de salud.

Al respecto, se ha mencionado que gracias a los problemas de la medicina contemporánea, la ética como reflexión filosófica, se salvó del olvido en que se encontraba por parte de los filósofos.

En ese sentido, reitero que gracias a que la ética ha sobrevivido como filosofía de la moral, quienes formamos parte del equipo de salud, nos salvamos de seguir creyendo que la ética profesional, es sólo deontología, es decir, un conjunto de deberes profesionales refractario a cualquier análisis<sup>(14)</sup>.

Este hecho resulta afortunado, cuando los progresos de la ciencia y de la tecnología biomédica, parecieran rebasar nuestras propias posibilidades de reflexión.

El ejercicio impostergable de este quehacer reflexivo, debe partir de que en esta relación *sui generis* equipo de salud-usuario, ocurre entre sujetos morales que tienen conciencia y responsabilidad moral<sup>(15,16)</sup>.

La primera, corresponde a esa noción que tiene cada quien sobre el bien y el mal, independientemente de su contenido, es decir, que lo que es bueno para unos, puede no serlo para otros. Para algunos médicos, por ejemplo, puede ser bueno colocar dispositivos intrauterinos, pero para otros lo bueno es no hacerlo.

Es evidente que todos ellos tienen la noción de que algo es moralmente preferible con respecto a otras posibilidades, a pesar de que sus contenidos, en este caso, no sólo sean diferentes sino opuestos.

Sin embargo, a pesar de estas diferencias de contenido, ambos tienen una noción de bien y mal, es decir, tienen una conciencia moral.

Los contenidos sobre lo bueno o malo de una acción, se proyectan en el individuo a lo largo de su proceso de socialización, a través de la educación formal, pero también de la no formal, por ello además, muchos de los comportamientos morales de los sujetos son inconscientes<sup>(17)</sup>.

Esto explica, porque las ideas sobre “lo bueno” y “lo malo” no son universales, sino que han dependido de las cosmovisiones y valores que prevalecen en cada sociedad. Es por ello que en el mundo siempre ha existido una innegable pluralidad moral y ética<sup>(18)</sup>.

La segunda condición del sujeto moral, es la responsabilidad, a la que se define como la capacidad para cumplir con la obligación moral de dar cuenta a los demás acerca de la bondad o maldad de sus propios actos, sobre todo cuando éstos violan los derechos de otros<sup>(19)</sup>.

La relación ahora conocida como equipo de salud-usuario, por otra parte, ha tenido un devenir que en cada época se ha visto influida por la dinámica del contexto histórico-social donde se desarrolla.

La dinámica de este contexto se proyecta de alguna manera en la moralidad del acto médico, es decir, en aquellas actitudes que se consideran buenas o correctas y aquellas que no lo son.

En la era hipocrática, por ejemplo, guardar estrictamente el secreto profesional, era norma entre los médicos de aquella secta, al igual que la prohibición de toda intervención quirúrgica y de métodos que evitaran la natalidad, y en el medioevo era un sacrilegio hacer disecciones en cadáveres humanos<sup>(20)</sup>. Hoy en cambio, el respeto al secreto profesional sin excepciones ha perdido vigencia, puesto que el equipo de salud ha reconocido que no sólo tiene obligaciones morales con el paciente que acude a él sino además con la sociedad en su conjunto<sup>(22)</sup>.

Por otro lado, es un hecho que gracias al control de los nacimientos mediante la planificación familiar, es posible contribuir a una mejor calidad de vida de padres e hijos, y que diariamente miles de seres humanos recuperan la salud, a través de las intervenciones quirúrgicas a las que son sometidos.

La historia de la humanidad y de la medicina, son prolíficas en situaciones que ponen de manifiesto que la moralidad del acto médico como acto humano, es histórico, es decir, cambiante. Y es en esta condición particular de transformación dialéctica en todos los actos humanos, incluyendo el acto médico, que se explica la existencia de etapas de relativa estabilidad, que contrastan con otras de franca crisis<sup>(21)</sup>.

Son estas últimas las que han generado el desarrollo y el progreso del hombre. Los mejores logros en la historia de la medicina, han surgido de las crisis que ha enfrentado, y no precisamente de la pasividad, del estatismo o del tradicionalismo.

Una evidencia incuestionable de esta dinámica la constituye el avance de la ciencia biomédica en los últimos cincuenta años, y sus repercusiones en el ámbito moral de la sociedad, particularmente en el mundo occidental<sup>(16,23)</sup>.

Como ha sido reiterado, el desarrollo de la genética y de la biología de la reproducción, ha abierto al hombre expectativas de vida y salud inimaginables para el mundo de hace siete décadas.

A todos estos hechos sin precedente, se agrega otro de fundamental importancia, la toma de conciencia por parte de la sociedad contemporánea, acerca de los Derechos Humanos como derechos morales y derechos civiles inalienables, que confluyen en el respeto a la autonomía de los ciudadanos, entendida como la capacidad de autodeterminación y de libre elección y decisión de cada sujeto, sin lesionar la autonomía y las libertades de los otros<sup>(16,24-26)</sup>.

Esta toma de conciencia, también sobre la naturaleza plural de la sociedad, y que a lo largo del siglo XX se ha expresado inobjetablemente en un hecho inédito en el mundo contemporáneo, que es la creciente participación de la sociedad civil como una nueva fuerza que se suma a las ya existentes para dar curso a la historia de la humanidad<sup>(27)</sup>.

En esta vorágine de sucesos, surge la necesidad de abordar la reflexión bioética que como reflexión filosófica, es quehacer urgente para la apertura de caminos que orienten hacia la comprensión de los nuevos tiempos y la resolución de dilemas éticos, particularmente en torno al acto médico.

Por primera vez en su historia, el equipo de atención a la salud humana, enfrenta el desafío de abordar campos de estudio que durante mucho tiempo parecieron ajenos o aun inútiles, como la historia, la ética o filosofía de la moral y la axiología o filosofía de los valores, así como el derecho y las ciencias sociales.

En la actualidad se ha confundido a la deontología con la ética, creyendo que ésta se reduce a un conjunto de normas y deberes, pasando por alto que la ética como filosofía de la moral, es esencialmente un quehacer reflexivo sobre dichas normas y actitudes morales y sobre los valores que las sustentan.

La crisis que hoy enfrenta la atención a la salud, y que es producto de los fenómenos antes descritos, es la crisis de una normativa ético-médica tradicional que pensaba-

mos eterna e inmutable, es una crisis de actitudes morales y en esencia, una crisis de valores, y es en ese sentido que se debe orientar nuestra reflexión bioética, como reflexión filosófica.

Podemos plantear, en principio, que en términos generales los valores son cualidades reales de los objetos o de los individuos, a las que el hombre otorga un significado que sirve de guía para establecer una norma moral o justificar y promover una actitud moral, en el contexto de las relaciones humanas.

En este sentido, los valores morales, como creaciones humanas, tienen también un carácter histórico, es decir, que cambian su contenido o bien que son sustituidos unos por otros, dependiendo de la toma de conciencia sobre nuevos hechos o del grado de conocimiento que se tiene de la relación del hombre con su entorno natural y social, pero también del surgimiento de nuevas necesidades y posibilidades de existencia humana<sup>(28)</sup>.

Es claro que los valores que predominaron en las sociedades de la antigüedad, no fueron los mismos que prevalecieron en la Edad Media o en el Renacimiento y que en el México del siglo XVI, hubo un serio conflicto entre los valores de la cultura prehispánica y los propios de la España medioeval colonizadora generándose una crisis de valores.

Cuando se habla de crisis de valores, se tiende a la creencia de que la humanidad se está quedando sin valores, lo cual es imposible. A lo que se hace referencia, es a que unos valores están siendo sustituidos por otros, o bien que los mismos valores están modificando o ampliando su contenido.

En el ámbito del ejercicio profesional médico y de las profesiones relacionadas con la salud del hombre, en las últimas décadas, la crisis de valores se presenta además, en términos de un conflicto entre quienes preservan los valores tradicionales y quienes plantean la necesidad de dar paso a valores que fundamenten la relación equipo de salud-usuario ante nuevas necesidades, posibilidades y circunstancias<sup>(29)</sup>.

Por otro lado, si bien las crisis conllevan miedo e incertidumbre hacia el futuro, no son eternas y generalmente conducen a condiciones que superan en algún sentido a aquéllas en las que surgieron.

Con respecto al análisis sobre la crisis de valores que hoy vive la relación, es fácilmente distinguible que el valor sumisión, está siendo desplazado por el valor autonomía.

Como se mencionó en párrafos anteriores, se ha considerado que el paciente modelo, el más valioso, es el sumiso, el que no pregunta ni cuestiona, el que obedece y aprueba las acciones del médico aunque algunas de ellas redunden en su perjuicio, como la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas injustificadas, que sólo persiguen fines de lucro, o el silencio o el engaño ante los lamentables resultados de la incompetencia profesional.

En la actualidad el respeto a la autonomía del paciente, emerge como un valor incuestionable, exceptuando obvia-

mente a los niños pequeños, los discapacitados mentales o los pacientes en estado vegetativo persistente, en donde aún son válidas ciertas actitudes paternalistas por parte del médico, que tienen como límite la decisión de los padres o de los representantes legales<sup>(16,23)</sup>.

Es en aras del respeto a la autonomía del paciente, que la toma de decisiones unilateral se está orientando hacia una toma de decisiones compartida entre el paciente y el equipo de atención a la salud. La vieja relación médico-paciente como relación de poder, se está convirtiendo en una relación equipo de salud-usuario, entre iguales, en tanto que ambos comparten la autonomía como valor y su ejercicio como un derecho.

Por otro lado, la beneficencia como valor esencial de la medicina, está modificando su contenido. Ahora no se persigue solamente el beneficio que el médico cree que el paciente debe recibir, sino además, aquel beneficio que el propio paciente considera para sí mismo<sup>(16)</sup>.

Es en ese sentido que la obligatoriedad moral de no perjudicar al paciente, entendiendo a la no-maleficencia como un valor, ha ampliado su contenido al plantearse que el daño no sólo puede ser corporal. Un médico daña moral y psicológicamente a un paciente cuando no respeta su libertad de pensamiento, de creencia religiosa, de elección y decisión o la cosmovisión propia de la cultura a la que pertenece.

Es insoslayable el planteamiento bioético de que la calidad de vida es un valor, que va más allá del hecho mismo de vivir, que no es igual estar vivo que estar sano, y que la dignidad humana no radica solamente en el hecho de existir, sino esencialmente, en vivir de acuerdo a las metas, motivaciones, expectativas y valores que cada paciente considera fundamentales para sí mismo, si es que realmente estamos convencidos de que la salud es un estado de bienestar no solamente físico sino también mental y social<sup>(22)</sup>.

La idea de que ser médico implica omnipotencia y omnisciencia, ha propiciado que algunos profesionales de la atención a la salud, hayan actuado inconscientemente como si la soberbia fuera un valor.

Sin embargo, la situación actual exige de la humildad del equipo de salud para reconocer que es falible y que sólo posee un cierto adiestramiento para resolver algunos problemas de salud de los pacientes.

Un elemento importante de la crisis, que a mi juicio requiere de una reflexión especial y desarrollo en otro espacio, es el conflicto entre la sacralización de que ha sido objeto el profesional de la atención a la salud y su condición humana como ser concreto, racional y afectivo.

La creciente toma de conciencia sobre los derechos humanos, ha conducido necesariamente al desmoronamiento de esa sacralización, ante el hecho incuestionable de que los profesionales del equipo de salud en su calidad de humanos, también tienen derechos y no solamente deberes.

La cuestión central que hoy reclama la reflexión general, es determinar en dónde terminan sus deberes y obligaciones

profesionales y empiezan sus derechos morales como derechos humanos, considerando que parte de la crisis es la necesidad de redefinir el contenido de esos deberes.

En el transcurso del siglo XX, sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, se contempló la necesidad de constituir Comités Institucionales que supervisaran las implicaciones éticas de las investigaciones realizadas en seres humanos, con el objeto de salvaguardar sus derechos.

Durante las últimas décadas, y a partir del discurso bioético, las funciones de estos comités se han ampliado a todo el contexto de la atención a la salud.

Al respecto, se debe puntualizar que los Comités de Bioética, no son tribunales para sancionar o imponer castigos; tampoco un cuerpo de vigilancia del comportamiento de los individuos o una instancia para dar órdenes o para la defensa a ultranza de una doctrina moral particular.

Los Comités de Bioética, son instancias a través de las cuales, se generan, previo análisis, una serie de recomendaciones, acerca de problemas y conflictos morales que surgen de la diversidad de posturas y valores morales de todos los involucrados en torno a la atención a la salud.

En ese sentido, los Comités de Bioética son fundamentalmente órganos de carácter consultivo, cuyos objetivos están perfectamente delimitados, evitando duplicación de funciones con otras instancias institucionales.

En nuestro país la conformación de Comités de Bioética es muy reciente, por lo que es urgente señalar con toda claridad al personal profesional de atención a la salud y al público usuario, cuál es su justificación y cuáles son sus funciones, para no incurrir en las deformaciones ya mencionadas.

En México no existe, como en otros países, una tradición con respecto a este tipo de Comités, por lo que el futuro de los mismos se puede plantear, en cuanto a que se pueden constituir en verdaderas instancias formadoras de actitudes que al desarrollar la capacidad reflexiva del equipo de salud y de los usuarios, reconozcan unos y otros el respeto a la autonomía y a los derechos morales propios y ajenos, propiciando la colaboración y la solidaridad a pesar de las obvias diferencias que puedan existir entre los involucrados.

De no ser así, los mencionados Comités pueden deformarse en instancias dogmáticas o en órganos punitivos que a la larga, generen más problemas de los que pretenden resolver<sup>(29)</sup>.

Finalmente, debo reiterar que es una obligación bioética de todos los profesionales involucrados en la atención a la salud de los usuarios, asumir el compromiso de la reflexión filosófica serena y permanente sobre los múltiples dilemas éticos que hoy plantea el ejercicio de la medicina contemporánea.

Negar que existen o soslayar la reflexión sería irresponsable, y lo sería aún más, aferrarse a aquellas actitudes que paulatinamente han perdido vigencia.

Mantener vigente lo que está siendo superado por las condiciones objetivas, es negar nuestra historia y nuestra posibilidad de seres racionales, reflexivos y visionarios.

## Referencias

1. Rodney MC. Sociología de la medicina. Madrid, España: Alianza Editorial;1984.
2. Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. 3<sup>rd</sup> ed. México: UNAM;1994.
3. Alarcón DS, De la Fuente JR, Velázquez AA, comps. Fundamentos de la investigación clínica. México: UNAM-Siglo XXI;1988.
4. Aréchiga UH, Benítez LB, coord. De la medicina a las ciencias de la salud. Un siglo de las ciencias de la salud en México. México: FCE-CONACULTA;2000.
5. Pérez TR. Medicina, ciencia y arte. En: Serendipia. 4<sup>a</sup> ed. México: Siglo XXI;1990.
6. Cano VF. El derecho a la protección a la salud en México. Percepciones acerca de la medicina y el derecho. México: UNAM;2001.
7. Ocampo JM. Autonomía y beneficencia: el pensamiento de John Stuart Mill en la bioética. México: Estudios-ITAM;1997.54: 83-96.
8. Bonifaz NR. El humanismo en México en las vísperas del siglo XXI. México: UNAM;1987.
9. Martínez FC. La tragedia de estar enfermo. El enfermo, la familia y su médico. 2<sup>a</sup> ed. México: SETRA, S.C.;1998.
10. Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid, España: Triacastela;1999.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid, España: Triacastela;1999.
12. Katz J. The silent world of doctor and patient. New York: The Free Press;1984.
13. Ocampo MJ. El problema de decirle la verdad al paciente. Bol Mex Hist Fil Med 2000;3:4-8.
14. Sánchez VA. Ética. México: Grijalbo;1981.
15. Engelhardt T. The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press;1986.
16. Kohlberg L. La educación moral. Barcelona, España: Gedisa;1999.
17. Olivé L. Multiculturalidad y pluralismo. México: UNAM-Paidós;1999.
18. Jonas H. Técnica, medicina y ética. Buenos Aires, Argentina: Paidós;1997.
19. Laín-Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid, España: Alianza Editorial;1986.
20. Magner LA. History of medicine. New York: Marcel Decker, Inc.;1992.
21. Organización Panamericana de la Salud. Bioética: temas y perspectivas. Washington, D.C.,USA: OPS;1990.
22. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 3<sup>a</sup> ed. New York: Oxford University Press;1989.
23. Platts M, comp. Dilemas éticos. México: UNAM-FCE;2000.
24. Platts M. Usos y abusos de la moral. México: UNAM-Paidós;2000.
25. Charlesworth M. Bioethics in a liberal society. New York: Cambridge University Press;1993.
26. Barcellona P. Postmodernidad y comunidad. El regreso de la vinculación social. 3<sup>a</sup> ed. México: Trotta;1999.
27. Frondizi R. ¿Qué son los valores? México: FCE;1990.
28. Ocampo MJ. La bioética y la crisis de la medicina tradicional. An Med Hosp ABC 2001;46:92-96.
29. Ocampo MJ. Los Comités de bioética. México: Ensayo no publicado. 2001.