Descargado el: 14-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos de revisión

Dilemas éticos en el diagnóstico de hipertensión arterial

Ethical Dilemmas when Diagnosing Hypertension

Sandra Santana López[1] Rolando Montero Díaz[2]

[1] , Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, La Habana, Cuba, CP: 10900
[2] Hospital Universitario Miguel Enríquez, La Habana, La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Santana-López S, Montero-Díaz R. Dilemas éticos en el diagnóstico de hipertensión arterial. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2012 [citado 2026 Nov 14]; 2(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/128

Resumen

Se realizó una revisión sobre los dilemas éticos en el diagnóstico de la hipertensión arterial, así como de algunos elementos en el surgimiento del concepto de bioética. Se identificaron los conflictos éticos que aparecen en cada etapa del diagnóstico de la hipertensión arterial: en el momento de suministrar la información, en el instante de la indicación y realización de las pruebas diagnósticas, en la comunicación del diagnóstico y en la toma de decisiones posteriores. Se concluye que el desarrollo tecnológico va a introducir nuevas decisiones éticas en el diagnóstico de la hipertensión arterial que van a involucrar cada vez más los intereses de la sociedad y crear de una manera u otra conflictos éticos y morales en la toma de decisiones.

Palabras clave: hipertensión, diagnóstico, toma de decisiones, ética médica

Abstract

A review on the ethical dilemmas in the diagnosis of hypertension and some elements in the emergence of the bioethics concept was performed. Ethical conflicts that appear at each stage of diagnosis of hypertension: at the time of providing the information, at the point of indication and performance of diagnostic tests, when communicating the diagnosis and during subsequent decision making were identified. We conclude that technological development will introduce new ethical decisions in the diagnosis of hypertension that will increasingly involve the interests of society and create, in one way or another, ethical and moral conflict in the decision making process.

Key words: hypertension, diagnosis, decision making, ethics medical

Recibido: 2012-08-01 14:02:13
Aprobado: 2012-10-02 22:53:30

Correspondencia: Sandra Santana López. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana. psantana@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En la época actual a diferencia de la pasada, los logros de la ciencia se introducen en la producción con una rapidez mayor, gracias a la disminución del tiempo que transcurre entre los descubrimientos científicos y su utilización práctica. Tal revolución abarcó simultáneamente el campo de la ciencia y de la técnica, de ahí que se le identifique como la Revolución Científico-Técnica.

La Revolución Científico-Técnica contemporánea ha dotado a la humanidad de un importante conjunto de logros en prácticamente todas las esferas. El pensamiento y accionar científico que la originó estaban destinados al progreso en función de la paz, el bienestar y el desarrollo de las fuerzas productivas.[1]

La ciencia no debe verse solo como un sistema de conceptos, teorías, sino como una actividad social dirigida a producir y difundir conocimientos, es institucionalizada y porta sus propios valores culturales. Se puede caracterizar como una fuerza productiva que propicia la transformación del mundo y es fuente de riqueza. En resumen la ciencia constituye un fenómeno complejo cuyos atributos incuestionables son conocer y explicar y cuyas expresiones históricas han variado considerablemente.[2]

Cuando definimos la técnica decimos: que es un conjunto de conocimientos operativos útiles desde el punto de vista práctico para determinados fines. Constituyen un saber cómo, sin exigir un saber por qué. La capacidad de ofrecer explicaciones se le atribuye a la ciencia. En forma primaria se vincula ciencia al saber y técnica al hacer.[3]

Uno de los hechos más importantes que acontecen en el campo de la ciencia a mediados del siglo XX es la transición epidemiológica, donde las enfermedades infecciosas dejan de ser la primera causa de morbilidad y mortalidad general y son las enfermedades crónicas no transmisibles las que comienzan a ocupar espacio en este lugar, y dentro de ellas las cardiovasculares, a citar, en orden de frecuencia: la hipertensión arterial, la aterosclerosis coronaria y el accidente cerebrovascular.[4]

Muchos investigadores en el afán de resolver este grave problema en ascenso, se esmera en la introducción de nuevas tecnologías para el diagnóstico y descubrimiento de los mecanismos esenciales de generación de la hipertensión arterial. De esta forma surgen dos interrogantes, la primera radica en: ¿hasta dónde llegar en las investigaciones? y la segunda: ¿hasta dónde la aplicación de sus resultados?.

En respuesta a la primera, no hay barreras para el conocimiento de la especie humana, en ningún caso la investigación debe interrumpirse siempre y cuando se respete la dignidad del hombre, y en segundo lugar, en la medida que los nuevos conocimientos se ponen en servicio de la sociedad y no se desvirtúan en provecho de intereses privados o colectivos contrarios a los derechos humanos, todos se deben aplicar, pero en el caso del estudio de la hipertensión arterial, un empleo inadecuado de este desarrollo científico-tecnológico podría conllevar a implicaciones éticas, y se debe considerar esto un nuevo reto a los investigadores.

El objetivo de este trabajo consiste en: identificar los dilemas éticos implicados en el diagnóstico de la hipertensión arterial, con sus características particulares como enfermedad crónica no transmisible.

DESARROLLO

Con los cambios que se suscitaron en la etapa moderna fundamentalmente con el desarrollo de la biología molecular, alrededor de los años 70 surge el concepto de bioética, introducido por primera vez por el oncólogo *Van Rensselaer Potter* en su obra, Bioética: un puente al futuro. Este es el primer libro sobre el tema escrito por este autor; quien la considera como una ciencia de la supervivencia que comprendía dos aspectos fundamentales: la relación entre los conocimientos biológicos y los valores humanos,[5,6] la bioética no es una simple reflexión entre ciencia y sociedad, sino que trata de explicar la relación entre el hombre y la naturaleza en su diversidad biológica.[7]

Esto explica la progresión de las corrientes éticas en todas las partes del mundo. Además, es un lenguaje que permite a los especialistas dialogar con los decisores y con el público para abordar en común los problemas de la humanidad, los que plantean los conocimientos científicos, la armonía de las relaciones entre los individuos y la sociedad y en definitiva la supervivencia de la especie humana.

La bioética tuvo un acelerado desarrollo en los Estados Unidos sobre los años 70, este desarrollo

se basó en su fundamentación teórica (filosófica y ética). El resultado más importante de esta labor lo constituyó la identificación de los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales, a partir de ese momento serían el núcleo fundamental de cualquier enfoque bioético.

Pero el contexto sociocultural para distintas sociedades se desarrolla de manera diferente, a citar, en Europa y América Latina, que comienza a realizar sus primeros trabajos sobre los años 80, años en los que en Cuba comienzan a realizarse movimientos similares.

Los esfuerzos realizados en nuestro país han propiciado la familiarización de un grupo variado y creciente de especialistas en esta problemática. Se asimilan con avidez las producciones intelectuales más disímiles desde el punto de vista de su orientación filosófica y ética, se conocen los principales dilemas bioéticos y también las soluciones propuestas para estos en distintas áreas del mundo.

Nuestra ideología, surgida de la fusión del pensamiento marxista y el martiano, constituye un proyecto de elevado contenido humanista, donde la emancipación social y nacional se conciben como las vías fundamentales para el logro de la emancipación plena del individuo, al cual se le asigna el papel de sujeto activo de tales procesos.[8]

Tras la derrota del nazi-fascismo y los juicios llevados a cabo en la ciudad de Nüremberg por un tribunal internacional que juzgó a los criminales de guerra (1945-1946), la Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó el llamado Código de Nüremberg en 1947, uno de los principales textos de bioética que estableció los diez principios éticos rectores de las pesquisas que involucraran a sujetos humanos, de los cuales pueden distinguirse tres ideas básicas que conferirían validez moral a una investigación: su valor social, el consentimiento absolutamente voluntario de los sujetos de experimentación y su correcto diseño científico, así como la adecuada calificación de los investigadores que la llevarían a término.

Posteriormente este Código fue ampliado y modificado por la Asociación Médica Mundial, en su 18va Asamblea en 1964 con la Declaración de Helsinki que dio continuidad al proceso de control externo independiente de las investigaciones que involucraban a sujetos humanos y más tarde en los más mínimos principios éticos.[6, 9]

La Declaración fue sometida a nuevas revisiones durante las reuniones de la AMM en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989) y Somerset, Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000) y más recientemente una última versión ha sido aprobada en la reunión de Seúl (2008) después de una extensa consulta con los países miembros.[10]

La ética como ciencia filosófica atañe directa o indirectamente a la práctica vital del hombre. La ética médica como manifestación particular de la ética atiende a los principios y normas que rigen entre los profesionales, técnicos y demás trabajadores del sector de la salud y muy especialmente de la relación del médico con sus pacientes, con otros profesionales, con todos los trabajadores de los servicios de salud entre sí, con sus familiares, además de abarcar otros aspectos como el secreto profesional y el error médico.[11,12] La ética médica comienza desde la época de Hipócrates en los siglos V y IV a.n.e con su juramento hipocrático, por lo que además del padre de la Medicina es considerado como el padre de la ética médica.[13]

Los principios particulares de la ética médica no contradicen los principios generales de la bioética, sino que constituyen una forma de expresión de estos. El principio de justicia revela el principio del humanismo; y el de honestidad, el de autonomía, en el de confidencialidad y el de beneficencia en el de prudencia y la diligencia.[14]

Los cinco principios bioéticos que quedan implícitos dentro los principios particulares de la ética médica son:

1. El respeto por las personas (autonomía): se basa en el derecho del paciente a tomar sus decisiones con conocimiento de causa y sin coacción externa.
2. Beneficencia (hacer el bien): la obligación de asegurar el bienestar al actuar positivamente, al identificar la enfermedad con vista al mejoramiento del pronóstico sobre todo maximizar los beneficios que se pueden obtener.
3. No maleficencia (no hacer daño): la obligación de minimizar el daño a las personas y, siempre que sea posible, eliminar las causas que puedan afectarlas.

Se aplica a la necesidad de realizar pruebas innecesariamente y de establecer una proporcionalidad entre la importancia de la prueba que se realiza y el daño que produce.

4. Proporcionalidad: el deber, cuando se tomen acciones que incluyan riesgos de daño, de balancear los riesgos y los beneficios, o sea, que las acciones tengan las mayores posibilidades de resultar en menor daño y en mayor beneficio para las personas involucradas directamente y los miembros de su grupo, específicamente al momento de realizar las pruebas diagnósticas.
5. Justicia: regula la relación del médico con otros actores: el hospital, la sociedad, así como la distribución de los recursos y la proporcionalidad de dichos recursos.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las áreas de investigación más extensas de la epidemiología y la Salud Pública en general, debido a la magnitud de su prevalencia, a su importancia como factor determinante de la calidad de vida de las personas adultas y muy especialmente por las posibilidades de su prevención, en particular si esta se realiza en edades tempranas de la vida.

El estudio de los factores de riesgos cardiovasculares ha tenido un importante impulso en época reciente dando lugar a su mayor valoración y consideración como fundamento para las acciones preventivas tanto primarias como secundarias.[15]

El comportamiento en nuestro país de las enfermedades del corazón es similar al de los países desarrollados y constituye la primera causa de muerte con una tasa de mortalidad de 197,8 x 100 000 habitantes.[16]

Especial interés cobra el estudio de la hipertensión arterial, si se tiene en cuenta que esta va en ascenso en nuestro país, que según reportan últimos estudios su prevalencia está entre un 30 % a un 40 % en la población adulta[17] y a nivel mundial, en países como Estados Unidos es de un 68,4 % y España 34 %,[18,19] que además de ser una enfermedad se comporta como un factor de riesgo para otras enfermedades como: la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad cerebrovascular, la insuficiencia renal y la enfermedad arterial periférica.

La hipertensión arterial es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y expectativa de vida. El estudio de Framingham y otros estudios epidemiológicos demostraron que la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica tienen una asociación continua, independiente, gradual y positiva con los parámetros de evolución cardiovascular; incluso los valores de presión arterial normales-altos se asocian a un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares. El riesgo global es mayor cuando la hipertensión arterial se asocia con otros factores de riesgo o enfermedades, como ocurre muy frecuentemente.[20,21]

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisibles que persiste durante toda la vida, y que puede en muchos casos, comportarse de forma compensada. Esta enfermedad afecta al individuo, a la familia y al ambiente próximo en que estos se desarrollan. En esto influyen factores propios de la enfermedad, ya sean estables o progresivas, constantes o por brotes, invalidantes o incapacitantes. Los individuos con hipertensión arterial tienen limitaciones en varios aspectos de su vida, por ejemplo: dietas, actividad física, hospitalizaciones, tratamientos, a lo que se añade en muchos casos un pronóstico sombrío, a veces fatal.

El diagnóstico de la hipertensión arterial, puede originar conflictos éticos en cinco etapas diferentes del proceso: en el momento de suministrar la información, en el instante de la indicación de las pruebas diagnósticas, en la realización de las pruebas diagnósticas, en la comunicación del diagnóstico y en la toma de decisiones posteriores.

Respecto a la información, está claro que deben ser consideradas como conductas poco éticas, no informar el riesgo de las pruebas disponibles para diagnosticarla, ya sea por simple negligencia profesional, proporcionar una información errada sobre los riesgos de las pruebas, y proporcionar una información defectuosa o parcial sobre la utilidad de las mismas.

En este caso cuales serían los dilemas: ¿A quién informar? ¿Cuándo y hasta donde informar? ¿Cómo informar? Sería muy importante respetar

la autonomía paciente, tener en cuenta el derecho del paciente de ser respetado y por sobre todas las cosas el derecho a la información; en este caso se tendría en cuenta el consentimiento informado, definido como un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, donde se establece un acuerdo entre ambos sobre procedimientos a realizar diagnósticos, terapéuticos o investigativos.[22-25]

Además es de especial relevancia tener en cuenta la protección a pacientes con una autonomía disminuida como señalan algunos autores donde sus capacidades físicas o mentales no son óptimas para tomar estas decisiones,[26] la familia en estos casos puede jugar un papel importante para fortalecer esta relación y convertirse en un apoyo tanto para el enfermo como para el médico.[27]

En el momento de la indicación de las pruebas diagnósticas deben considerarse conductas poco éticas, aquellas que propician una política abusiva y liberal de indicaciones, ya sean por razones económicas o no. ¿Es equitativa la distribución de recursos en salud? ¿Es igual el acceso a la atención médica? ¿Es similar la calidad de la atención? En nuestro país todo ciudadano tiene derecho a la atención médica de manera equitativa,[28] no así como sucede en países subdesarrollados de África y América Latina donde no existen políticas sanitarias que garanticen una atención médica a la mayoría de la población.[29,30]

En lo relativo a la realización de las pruebas, está claro que no debería efectuarla aquel que no tenga una experiencia suficiente, y puede considerarse poco ética su realización negligente o sin tomar las medidas adecuadas para salvaguardar la seguridad y confidencialidad de los resultados. Otro dilema sería desaconsejar su realización al facilitar información incorrecta sobre los riesgos. ¿Hasta dónde se debe hacer el bien? ¿Quién establece estos límites? El médico está obligado a hacer el bien y aplicar las prácticas más útiles y beneficiosas en cada situación, para esto es necesarias una comunicación satisfactoria entre el médico y el enfermo como señalan varios autores.[26-31]

La comunicación del diagnóstico igualmente puede ser motivo de conflictos éticos. Es evidente que la información sobre el diagnóstico debe ser cuidadosa, personal y adecuada a la formación y mentalidad del que la recibe. Debe evitarse entonces una comunicación precipitada sin un análisis o reflexión previa sobre el caso.

Las consideraciones éticas pueden ser especialmente importantes en la posterior toma de decisiones. Si el resultado es claramente patológico existe una notable unanimidad en que no debe efectuarse un consejo excesivamente unidireccional, sino discutir con el paciente todas las posibles opciones a partir del diagnóstico. Las enfermedades crónicas en general progresan lentamente y dan tiempo para ir entregando información sobre el pronóstico y las alternativas de tratamiento. Los médicos pueden ayudar, al entregar información pronóstica oportuna y honesta, al hacer recomendaciones claras que faciliten la discusión paciente-familia, con respeto y apoyo a la decisión del paciente.[32] Cuando se aprovecha la empatía, la experiencia y la habilidad del médico se logra una mejor adhesión al tratamiento y esto evitaría el descontrol del paciente hipertenso.[33]

En la atención de estos pacientes, ya sea a nivel del hospital, donde ingresa para atenderse cuando se descompensan; o en el nivel primario, donde pasan la mayor parte del tiempo, es muy importante la vinculación, tanto con pacientes como con familiares a fin de lograr los objetivos que persigue el programa de atención al paciente portador de enfermedades crónicas no transmisibles, que en el caso de la hipertensión arterial, no es otro que la educación al paciente y su familia en la enfermedad que padece para lograr la confianza que este paciente necesita para que pueda ser un individuo con una calidad de vida lo más cercana a la normalidad.[34,35]

El hecho de que la hipertensión arterial presenta un pronóstico sombrío cuando no es abordada adecuadamente de manera integral, demanda de nosotros el más elevado sentido ético y en estos casos como en cualquier paciente, tenemos que lograr igual comportamiento en todo el equipo de salud.[36,37]

La aplicación del método científico, clínico o epidemiológico en el diagnóstico de la hipertensión arterial, debe ir acompañado del análisis ético, la utilización racional de la tecnología, la máxima comprensión para el individuo y la familia y la capacidad de lograr que seamos entendidos y comprendidos en las propuestas que tenemos con relación al paciente. Los principios éticos y bioéticos tienen una connotación especial en la práctica clínica, porque las relaciones no se limitan a la del médico con el paciente, estas sobrepasan incluso

el marco de la familia y trascienden a la comunidad.

CONCLUSIONES

El avance científico y tecnológico ha propiciado un mejor control de las enfermedades infecto-contagiosas. En forma paralela, los avances en el conocimiento acerca de la etiología y patogenia de la hipertensión arterial, ha permitido erradicar la idea de que esta enfermedad no es controlable.

Este desarrollo tecnológico va a introducir nuevas decisiones éticas en el diagnóstico de la hipertensión arterial que van a involucrar cada vez más los intereses de la sociedad y crear de una manera u otra conflictos éticos y morales en la toma de decisiones.

Existen principios bioéticos que no se pueden violar al realizar el diagnóstico de hipertensión arterial y entre ellos se destacan: la autonomía del paciente, el derecho a la información completa y veraz sobre la enfermedad y pronóstico así como la absoluta confidencialidad ante terceras personas no relacionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medford Cárdenas M, Ordoñez Povea B, Garzó Rueda RL, Carrazana García D. Ética en la ciencia y tecnología. Un enfoque desde la educación médica superior. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2010 [citado 23 Nov 2011];32(1):[aprox. 20p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000100008&lng=es

2. Mora Espinosa E. La revolución científico-técnica en la formación educacional de los tecnólogos de la salud. Acimed. 2008;18(5):1-10

3. Moreno Rodríguez MA. Ética, Ciencia y Tecnología. La Habana: ECIMED; 2007

4. León Regal ML. La prueba del peso sostenido:una técnica diagnóstica en el estudio de la hipertensión arterial esencial. Medisur [revista en Internet]. 2008 [citado 3 Feb 2010];6(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/409/326

5. Salas Mainegra A, Salas Perea RS. La Bioética en la educación médica superior cubana actual. Educ Med Super. 2012;26(3):434-49

6. Zavala Sarrio S. ¿Para qué sirve la ética?. Acta méd peruana. 2008;25(1):48-9

7. Sgreccia E. Nuestro camino en Bioética síntesis y posibles perspectivas. Medicina y ética. Revista internacional de bioética, deontología y ética médica. 2011;22(2):99-119

8. Acosta Sariego JR. Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano. La Habana: Publicaciones Acuario; 2009

9. Levine R. Nuremberg Code, Ethics and Regulation of Clinical Research. 2da ed. New Haven: Yale University Press; 1988

10. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Francia: AMM; 2008 [citado 3 Mar 2010]:[aprox. 20p]. Disponible en: www.cei.fmed.edu.uy/Declaracion_de_Helsinki_2008_ESPANOL.pdf

11. Benítez Hernández I. Ética de la investigación científico-médica desde la perspectiva de la atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2008 [citado 23 Nov 2012];34(3):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300012&script=sci_arttext

12. Cabré Pericas L, Lecuona I, Abizanda R, Clemente R, Miguel E, Montáns M, et al. Confidencialidad: recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). MedIntensiva [revista en Internet]. 2009 [citado 23 Nov 2012];33(8):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000800005&lng=es

13. Benavides JL. El Juramento de Hipócrates ¿Aún vive?. Medicina Universitaria [revista en Internet]. 2007 [citado 23 Nov 2012];9(37):[aprox. 3p]. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=18600

14. Barrios Viera O, Cabrera González J, Barbier Rubiera A. La ética y la calidad en la atención médica. Revista De Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2012 [citado 23 Nov

2012];18(1):[aprox. 14p]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol18_1_12/hab15112.pdf

15. Vega Abascal J, Guimará Mosqueda M, Vega Abascal L. Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2011 [citado 23 Ene 2012];27(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000100010&script=sci_arttext&tlng=en

16. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2011 [citado Sep 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne

17. Dueñas Herrera A. La hipertensión arterial. Rev cubana med. 2011;50(3):1-3

18. Bertoia ML, Waring ME, Gupta PS, Roberts MB, Eaton CB. Implication of new hypertension guidelines in the United States. Hypertension. 2012;60(3):639-44

19. O Donnel CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovasular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61(3):299-310

20. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial Dr. Eduardo Braun Menéndez. Consenso de Hipertensión arterial. Rev Argent Cardiol. 2007;75(Suppl 3):1-9

21. Carbayo Herencia JA. Nuevos marcadores de riesgo cardiovascular. ¿Pueden influir en la clasificación del riesgo cardiovascular?. Clin Invest Arterioscl. 2012;24(2):57-70

22. Aguilera RM, Mondragon L, Medina-Mora ME. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias:la pertinencia del consentimiento informado. Salud Ment. 2008;31(2):129-38

23. Gorrita Pérez R. Consentimiento informado:un dilema ético a la luz de la sociedad actual. Revista De Ciencias Médicas La Habana [revista en Internet]. 2012 [citado 23 Ene 2012];18(1):[aprox. 15p]. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=34863

24. Carrasco Aldunate P, Rubio Acuña M, Fuentes Olavarría D. Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica. Aquichán [revista en Internet]. 2012 [citado 6 Nov 2012];12(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/32-41/html_1

25. Mondragón Barrios L. Consentimiento informado:una praxis dialógica para la investigación. Rev Invest Clin. 2009;61(1):73-82

26. . Colección de Humanidades Médicas N 10. En: Azucena Couceiro. Ética en cuidados paliativos. 1 ed. Madrid: Triascastela; 2004

27. Muñoz LA, Price Y, Gambibi L, Costa Stefanelli M. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. Rev Esc Enferm USP. 2003;37(4):77-84

28. MINSAP. Ley N° 41/83 (Ley de Salud Pública). La Habana: MINSAP; 1988

29. Arriola MS, Heredia M, Juárez V, Citera G, Maldonado Cocco JA. Impacto socioeconómico en artritis reumatoide. Rev Arg Reumatol. 2000;11(Supl 1):46

30. Ware JE, Bayliss MS, Rogers WH, Kosinaki M, Farlor AR. Differences in 4 year health outcomes for elderly and poor chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA. 1996;276(13):1039-47

31. Michel DM, Moss AH. Controversie in Nephrology. Am J Kidney Dis. 2003;41(4 Suppl. 3):75-89

32. Michel DM, Moss AH. Communicating prognosis in the dialysis consent process:a patient- centered guideline-supported approach. Adv Chronic Kidney Dis. 2005;12(2):196-201

33. Plata Rueda E, Leal Quevedo FJ. Hacia una entrevista pediátrica más humana. En: Leal Quevedo FJ, Mendoza Vega J. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Médica Internacional; 1997: p. 132-57

34. Price Y, Arellano P, Burgos D, García M, Peñailillo J, Muñoz LA. Vivenciando la hipertensión arterial en consultorios de Atención Primaria. Fam Saúde Desenv. 2000;2(2):65-70

35. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Hipertensión

arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: ECIMED; 2008

36. Gracia Guillén D. Democracia y bioética. En: Acosta Sariego JR. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002: p. 56-7

37. Polaino-Lorente A. Manual de bioética General. Madrid: Ediciones Rialp; 1994