

La parábola del buen Samaritano, aplicaciones en la práctica clínica

Marcelo Fonseca C.^{1,a}

The parable of the good Samaritan, applications in clinical practice

Through a narrative review of the parable of the Good Samaritan, considering the historical and cultural context as well as the characters involved, the practical applications of the central values presented in the parable, such as mercy, compassion, and patient care, are discussed in contemporary clinical practice.

Key words: humanism; health care; compassion: mercy.

Resumen

Mediante una revisión narrativa de la parábola del Buen Samaritano, tomando en cuenta el contexto histórico, cultural, así como los personajes involucrados, se discuten las aplicaciones prácticas de los valores centrales presentados en la parábola, tales como la misericordia, la compasión y el cuidado del enfermo, en la práctica clínica contemporánea.

Palabras clave: humanismo; atención en salud; compasión: misericordia.

¹Banco de Piel y Tejidos de Tarapacá, Chile.

^a<https://orcid.org/0000-0001-6310-338X>

Recibido el 2024-06-17 y aceptado para publicación el 2024-06-24

Correspondencia a:

Dr. Marcelo Fonseca C.
mfon777@hotmail.com

E-ISSN 2452-4549



Y he aquí un intérprete de la ley se levantó y dijo, para probarle: Maestro, ¿haciendo qué cosa heredaré la vida eterna?.

Él le dijo: ¿qué está escrito en la ley?, ¿cómo lees?

Aquel, respondiendo, dijo: Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con todas tus fuerzas, y con toda tu mente; y a tu prójimo como a ti mismo.

Y le dijo: Bien has respondido; haz esto, y vivirás. Pero él, queriendo justificarse a sí mismo, dijo a Jesús: ¿Y quién es mi prójimo?, Respondiendo Jesús, dijo: Un hombre descendía de Jerusalén a Jericó, y cayó en manos de ladrones, los cuales le despojaron; e hiriéndole, se fueron, dejándole medio muerto.

Aconteció que descendió un sacerdote por aquel camino, y viéndole, pasó de largo. Asimismo un levita, llegando cerca de aquel lugar, y viéndole, pasó de largo. Pero un samaritano, que iba de camino, vino cerca de él, y viéndole, fue movido a misericordia; y acercándose, vendó sus heridas, echándole aceite y vino; y poniéndole en su cabalgadura, lo llevó al mesón, y cuidó de él.

Otro día al partir, sacó dos denarios, y los dio al mesonero, y le dijo: Cuídamele; y todo lo que gastes de más, yo te lo pagaré cuando regrese.

¿Quién, pues, de estos tres te parece que fue el prójimo del que cayó en manos de los ladrones?

Él dijo: El que usó de misericordia con él. Entonces Jesús le dijo: Ve, y haz tú lo mismo.

Lucas 10:25-37¹.

Introducción

Cuida de él, fueron las palabras del Buen Samaritano al posadero, al dejar encargado al “prójimo” mal herido por ladrones en el camino de Jerusalén a Jericó; el mismo que había sido visto e ignorado previamente tanto por un Sacerdote y un Levita y ayudado finalmente por este Samaritano².

La historia del buen Samaritano, presentada a modo de parábola en el evangelio de San Lucas, es una de las historias más conocidas contadas por Jesús de Nazaret y transforma desde ese momento el significado de la palabra Samaritano, a una persona generosa, capaz de ofrecer ayuda desinteresada al que lo necesita^{3,4}. Si bien es cierto, los motivos para contar esta parábola fueron principalmente teológicos, éticos y sociales, también podemos encontrar una conexión entre este relato y la práctica clínica, pues por un lado, algunas de las virtudes que se le piden a los médicos y/o profesionales de la salud como el amor y compasión por el prójimo, la ayuda desinteresada, la no discriminación, el cuidado diligente y la misericordia, están presentes en esta historia, por otro lado, el posadero, personaje para algunos secundario pero no menos importante, representaría a los profesionales de la salud⁵.

Contexto histórico y cultural

En la época en la cual se sitúa esta historia, San Jerónimo comenta que el camino de Jerusalén a Jericó era conocido como el camino de la sangre, “debido a la sangre que a menudo es derramada allí por los ladrones”. Jericó se encontraba a 250 metros bajo el nivel del mar y Jerusalén (lugar de peregrinación por encontrarse el Templo) a 750 metros sobre el nivel del mar, por lo tanto se debía descender o ascender, una distancia de aproximadamente 20 kilómetros. El clima era desértico y los senderos eran muy estrechos, lo que en lugares sólo permitía el paso de una persona, dándole un contexto más dramático a la historia⁶.

La enemistad entre judíos y samaritanos comenzó casi mil años antes de la parábola del Buen Samaritano, cuando ambos formaban parte del antiguo Israel. Tras la muerte de Salomón, una insurrección dividió a Israel en dos reinos: Judá al sur, con las tribus de Judá y Benjamín, e Israel al norte, con las diez tribus restantes. Los samaritanos surgieron en Samaria (norte de Israel), mezclándose con los asirios tras su invasión. Esta mezcla étnica y religiosa, junto con considerarlos traidores, llevó a los judíos a despreciarlos y prohibir el contacto. Los

samaritanos por su parte, también desarrollaron un rechazo hacia los judíos, creando una relación tensa y conflictiva^{7,8}.

Personajes

Es en este contexto, en donde se desarrolla el relato, encontrando: a) un hombre mal herido producto de un asalto en el camino de Jerusalén a Jericó, en donde pasaron por orden: b) un Sacerdote, c) un Levita, d) un Samaritano; apareciendo finalmente en escena e) el posadero.

a. Hombre mal herido

El hombre viajaba sólo por una ruta peligrosa, lo que lo coloca primero en una situación de vulnerabilidad y posterior al asalto en una situación crítica, de necesidad de ayuda urgente. Esta condición y el sufrimiento asociado, son elementos claves en esta historia. Su identidad tampoco es revelada, lo que universaliza su condición y hace que cualquiera pueda identificarse con él.

b. Sacerdote

Los Sacerdotes organizaban y dirigían asuntos espirituales y materiales, eran respetados y ocupaban una posición elevada en la sociedad judía. El sacerdocio no era una elección por vocación, sino un derecho hereditario. Según las leyes, sólo podían ser Sacerdotes los descendientes de Aarón, el hermano de Moisés, los cuales a su vez se regían por estrictas leyes de pureza y santidad. La Torá nos describe que cualquier persona que tocara un cadáver era inmundo durante siete días y para perder esta condición, debía participar en un ritual de purificación que incluía ser rociado al tercer y séptimo día con una mezcla de agua con las cenizas del sacrificio de una vaca roja sin imperfecciones, que tampoco se le hubiese puesto yugo. Durante este tiempo ningún miembro del pueblo y menos los Sacerdotes, podían cumplir con sus labores⁹. Por lo tanto, quizás este legalismo que lo condenaba a no poder ejercer con sus funciones sacerdotales de manera temporal, fue el que predominó por sobre la compasión esperada a su posición y creencias.

c. Levita

Los Levitas, eran miembros de la tribu de Levi, la cual fue elegida para servir en el culto y ceremonias religiosas en el Tabernáculo y posteriormente en el Templo de Jerusalén. Aunque no tenían el mismo nivel de educación religiosa y autoridad que los Sacerdotes, conocían las leyes y tradiciones, eran

respetados por el pueblo y se esperaba que vivieran de acuerdo con dichos preceptos. En la parábola, el Levita, al igual que el Sacerdote, ignora al hombre malherido y sigue su camino sin ayudarlo. Esto a pesar de que existía el concepto en la Ley Judía del *pikuaj néfesh*, en la cual la preservación de la vida humana estaba por sobre cualquier otra regla religiosa^{10,11}.

d. Samaritano

El Samaritano, a pesar del peligro de la situación y que lo más probable era que el hombre malherido fuese judío, por lo tanto perteneciente a un pueblo que le inspiraba principalmente rechazo, es el único que se detiene a prestar auxilio, transporte y cuidado continuo pagando al posadero con su propio dinero, prometiendo regresar para cubrir cualquier gasto adicional. La elección del Samaritano, a quienes los oyentes iniciales considerarían despreciable, permite resaltar que la compasión y el amor no deben estar limitados por barreras étnicas, religiosas o sociales, convirtiéndose en un ejemplo de cómo debemos actuar con los demás a pesar de nuestras diferencias.

e. Posadero

El posadero claramente no es el personaje principal de esta parábola, pero es quien finalmente acepta el cuidado de una persona extraña y malherida. Podemos imaginar al posadero como una persona compasiva, responsable y dispuesta a aceptar el encargo del Samaritano, pudiendo representar a cualquier persona que, con compasión y disposición, asume la responsabilidad de cuidar a los demás, extendiendo y perpetuando la obra iniciada, pero confiada por otra persona o institución.

Discusión

A lo largo de la historia, la parábola del buen Samaritano, ha sido fuente de inspiración y enseñanza en diversos campos. Martin Luther King, hace un análisis de esta parábola y resalta la importancia de responder una simple pregunta. El planteaba que era probable que el Sacerdote y el Levita pensarán que los ladrones todavía estuvieran cerca o que quizás el hombre mal herido fingía, con el fin de que se acercaran y fueran a su vez presas de un robo rápido y fácil. De esta forma la pregunta que ambos se hicieron fue: “Si me detengo a ayudar a este hombre, ¿qué me va a pasar?” Pero luego, el samaritano vino a él e invirtió la pregunta: “Si no me detengo a ayudar a este hombre, ¿qué va a pasar con él?”¹². Dante

Alighieri describe en la Divina Comedia, lo que para muchos fue una influencia en el pensamiento de Martin Luther King. Para Dante, el destino de las almas “neutrales”, aquellas que en vida no hicieron ni el bien ni el mal, que fueron indiferentes en momentos críticos es el castigo con un tormento eterno en el que son perseguidas sin descanso por avispas y moscos, siendo su sangre y lágrimas el alimento de gusanos, atribuyéndosele la frase: “El más oscuro rincón del infierno está reservado para aquellos que conservan la neutralidad en tiempo de crisis moral”, la cual posteriormente es parafraseada por el líder norteamericano: “No me duelen los actos de la gente mala, me duele la indiferencia de la gente buena”¹³. Idea que también es central en la parábola, pues el relato no se focaliza en quienes agredieron al “prójimo”, sino en aquellos que pudiendo ayudarlo no lo hicieron. En el Samaritano destacan principalmente tres características que lo colocan como un modelo a seguir, en la atención de salud: la misericordia, la compasión y el cuidado.

a. Misericordia

El relato nos dice que el Samaritano “fue movido a misericordia”. La palabra misericordia proviene del latín *miseriordia*, que se compone de tres partes: *Miseri*, que significa desgracia o miseria, *cor*, que significa corazón y *dia*: un sufijo que denota cualidad o estado de. Por lo tanto, literalmente la palabra significa corazón compasivo a la miseria o tener un corazón que se duele de la miseria ajena. En medicina, la misericordia y la compasión son conceptos relacionados, pero tienen matices diferentes que es importante diferenciar, mientras la compasión se refiere al deseo de aliviar el sufrimiento ajeno, la misericordia añade los elementos del perdón y tolerancia, lo cual es muy importante en situaciones en donde el juicio moral pudiese intervenir en la atención clínica. Situaciones como la atención al final de la vida en donde el alivio al sufrimiento y el respeto por la dignidad del paciente son primordiales o el trato a pacientes que pudieron haber tomado decisiones de vida cuestionables o realizado conductas socialmente estigmatizadas ponen a prueba la misericordia. Es esta misericordia lo que permite ver al paciente de manera integral, en donde no sólo importa la enfermedad, sino también su contexto personal, social y emocional¹⁴.

b. Compasión

La compasión es una virtud esencial en la práctica médica, traducéndose en una profunda empatía hacia el sufrimiento del paciente y en un compromiso genuino para aliviar dicho sufrimiento.

Necesariamente debe ser activa, pues no debe limitarse a una emoción fugaz y pasiva que podríamos llamar lástima, sino debe traducirse en acciones concretas que alivien el sufrimiento del enfermo. La etimología de la palabra compasión proviene del latín “*compassio*,” que está formada por el prefijo *com* que significa con o junto y el verbo *pati* o *passio*, que significa sufrir o padecer. Por lo tanto, debemos entender la compasión como sufrir con o padecer con. Esta actitud es parte de la ética médica y permite fortalecer la relación médico paciente, lo que por un lado mejora la satisfacción del enfermo y su adherencia al tratamiento y por otro lado permite al médico y/o profesional de la salud encontrar una mayor satisfacción en su trabajo y disminuir el riesgo de *burnout*. Se debe mencionar, que los pacientes que sienten que su médico es compasivo tienen más probabilidades de confiar en él, seguir sus recomendaciones y sentirse satisfechos con su atención¹⁵⁻¹⁷.

c. Cuidado

El cuidado del enfermo es un concepto central en la medicina, pero muchas veces conceptualmente separado del sanar y monopolizado en el personal de enfermería. Implica una combinación tanto de conocimientos y habilidades o destrezas técnicas, como también de empatía, compasión y misericordia. León Tolstoy, el renombrado novelista y pensador ruso, basado en la parábola, subrayaba la importancia de la acción concreta en el cuidado, no bastando tener compasión en el corazón, sino que esta debía traducirse en actos tangibles de ayuda. Los aspectos claves del cuidado del enfermo los podemos resumir en:

- **Atención integral:** La atención del paciente debe ser integral, considerando sus aspectos y necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Este enfoque holístico, que considera al paciente como un todo, permite entregar un cuidado más completo y personalizado, abordando los distintos requerimientos mediante la colaboración de distintos profesionales de la salud^{18,19}.
- **Comunicación:** La comunicación clara y efectiva permite comprender las necesidades y preocupaciones de los enfermos y es la base para la generación de confianza y el establecimiento de una buena relación médico-paciente. Esto conduce a diagnósticos más precisos y planes de tratamiento más adecuados, con mayor adherencia a los mismos, minimizando los errores médicos asociados a la falta de entrega o comprensión de la información^{20,21}.
- **Empatía:** La empatía es la capacidad de comprender y compartir los sentimientos, pensamientos y experiencia de otra persona. Se divide en: a) cognitiva: la cual implica la comprensión de la perspectiva del otro y de ponerse en su lugar; b) emocional: la cual se refiere a la capacidad de responder emocionalmente a los sentimientos de los demás y c) compasiva: la cual implica el deseo de aliviar el sufrimiento del otro. En medicina permite a los profesionales de la salud comprender y compartir los sentimientos y experiencias de los pacientes, siendo un pilar para una medicina más efectiva y a su vez humanizada^{22,23}.
- **Cuidado personalizado:** Este enfoque se basa en la idea de que cada persona es única, por lo tanto sus necesidades y tratamientos médicos deben ser personalizados para obtener los mejores resultados. Actualmente se ha desarrollado el término de medicina de precisión y aunque está en desarrollo y tiene múltiples desafíos pendientes, los beneficios potenciales pueden ser enormes en cuanto a la eficacia de los tratamientos, el uso más eficiente de los recursos, prevención de enfermedades y mejora en la calidad de vida^{24,25}.
- **Cuidado paliativo:** Se centra en el alivio del dolor y otros síntomas en pacientes con enfermedades graves, crónicas o terminales, teniendo como objetivo principal mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares. Cabe destacar que aunque el cuidado paliativo incluye los cuidados al final de la vida, no son sinónimos ni se limitan a ello, pudiendo proporcionarse en cualquier etapa de una enfermedad grave y ser administrada en conjunto con terapias curativas²⁶⁻²⁸.
- **Equipo multidisciplinario:** El cuidado del enfermo a menudo implica la colaboración con otros profesionales de la salud y cuidadores para garantizar un tratamiento integral y eficaz. El trabajo multidisciplinario permite abordar de manera más efectiva las necesidades de los pacientes, mejorar los resultados clínicos y aumentar la satisfacción del paciente, por otra parte la distribución de responsabilidades en distintos profesionales alivia la carga de trabajo y responsabilidad, permitiendo a los mismos centrarse en su área de conocimientos, disminuyendo el riesgo de errores^{29,30}.
- **Educación y apoyo:** La educación y el apoyo son esenciales para que los pacientes comprendan su diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas, lo que les permite tomar decisiones informadas y gestionar su enfermedad. El apoyo incluye servicios emocionales, psicológicos y sociales,

como grupos de apoyo y recursos comunitarios para asistencia práctica y económica. Además, es crucial que el equipo de salud se mantenga actualizado con los avances médicos y desarrolle habilidades blandas como la comunicación y la empatía, promoviendo la investigación y el uso de prácticas basadas en la evidencia^{31,32}.

- **Autocuidado:** Se refiere a las decisiones y acciones que toman las personas para prevenir, mantener y mejorar su salud, esto empodera y le da un papel activo y autónomo a los pacientes en su bienestar. La educación, el apoyo comunitario y las intervenciones personalizadas son estrategias para fomentar el autocuidado³³.
- **Ética y respeto:** La ética y el respeto en el cuidado de los pacientes son principios fundamentales en la atención de salud. Los principios éticos indispensables son: a) respeto a la autonomía del paciente, los cuales tienen el derecho a tomar decisiones conscientes y fundamentadas en datos sobre su atención médica, para lo cual se le debe entregar información clara y completa. b) beneficencia: Se debe buscar siempre el bienestar del paciente, proporcionando cuidados que beneficien su salud y calidad de vida. c) No maleficencia: Los profesionales de la salud no deben realizar intervenciones que puedan causar daño o empeorar la condición del paciente. d) Justicia: Garantizando un acceso igualitario a los recursos de salud, independiente de la condición, con una equitativa distribución de los recursos^{34,35}.
- **Innovación y mejora continua:** Este aspecto es fundamental para garantizar una atención médica efectiva, eficiente y centrada en el paciente. Orienta a adoptar nuevas prácticas, procesos y

tecnologías que mejoran los resultados en salud, la experiencia del paciente y la eficiencia de las instituciones médicas^{33,37}.

Desafíos

Lamentablemente, situaciones como la presión asistencial, el agotamiento profesional y la falta de formación y conocimiento del tema, muchas veces impiden la expresión de la misericordia, la compasión y el cuidado. El estudio de Darley y Batson demostró que la disposición a ayudar está influenciada por la prisa o tiempo disponible y no por la orientación religiosa o creencias. Estudiantes de Teología de Princeton, fueron divididos en grupos con diferentes niveles de urgencia para llegar a dar una charla, unos sobre la parábola del Buen Samaritano y otros sobre los empleos del Seminario. En su camino se encontraron con un hombre necesitado, observándose que las personas con menos prisa eran más propensas a ayudar, mientras que la ayuda fue casi inexistente cuando no había tiempo disponible³⁸. Este hallazgo resalta la importancia de reconocer las presiones asistenciales y fomentar habilidades compasivas en la formación médica para mantener una práctica humanista.

En cierta ocasión, Albert Schweitzer, médico misionero en África y premio Nobel de la Paz, conversaba con jóvenes africanos sobre la parábola del buen Samaritano, al terminar de contarles la historia, les hizo la misma pregunta que casi 2000 años antes hizo Jesús al intérprete de la Ley, ¿Quién, pues, de estos tres te parece que fue el prójimo de aquél que cayó en manos de los ladrones?, la respuesta fue: Tú, doctor³⁹.

Bibliografía

1. De Reina C, de Valera C. La Santa Biblia: Antiguo y Nuevo Testamentos: versión Reina-Valera, revisión de 1960. Asunción-Bogotá-Buenos Aires-Caracas: Sociedades Bíblicas en América Latina; 1964.	5. Jeremias J. Las parábolas de Jesús. 3ª edición. Estella, Navarra: Verbo Divino; 1974. pp. 246-248.	jews and samaritans at the time of Jesus Christ. Journal of Contemporary Research. 2014;11(2):75-88.
2. Bautista M. Amor Hospitalario. El buen samaritano. 1ª ed. 3ª reimp. Buenos Aires: San Pablo; 2007.	6. Wilkinson J. The Way from Jerusalem to Jericho. The Biblical Archaeologist. 1975;38(1):10-24.	9. Torá. La Torá: La Ley de Moisés. Editorial Sefarad; 2005.
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22.a ed. Madrid, España: Espasa; 2001.	7. Knoppers GN. Jews and Samaritans: The Origins and History of Their Early Relations. Oxford Academic; 2013. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195329544.001.0001 .	10. Leuchter M. The Levites and the Boundaries of Israelite Identity. Oxford Academic; 2017. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190665098.001.0001 .
4. Van Eck E. Interpreting the parables of the Galilean Jesus: A social-scientific approach. HTS Theologiese Studies/Theological Studies. 2009;65(1).	8. Naseri C. Jews have no dealings with samaritans: a study of relations between	11. Talmud de Babilonia. Yoma 83a-84b. In: Epstein I, ed. Talmud Bavli: The Babylonian Talmud. Londres: The Soncino Press; n.d.
		12. Martin Luther King Jr. "I've Been to the Mountaintop". American Rethoric: Top

- 100 Speeches. 3 de abril de 1968.
13. Alighieri D. La Divina Comedia. Traducción de Ángel Crespo. Cátedra; 2002.
 14. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*. 2001;286(15):1897-902.
 15. Vieten C, Rubanovich CK, Khatib L, Sprengel M, Tanega Ch, Polizzi C, et al. Measures of empathy and compassion: A scoping review. *Plos one*. 2024;19(1):e0297099.
 16. Malenfant S, Jaggi P, Hayden KA, Sinclair S. Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC palliative care*. 2022;21(1):80.
 17. Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, et al. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC palliative care*. 2016;15:1-16.
 18. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*. 2013;70(4):351-9.
 19. Fonseca M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chi Cir*. 2016;68(3):258-64.
 20. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
 21. Biglu MH, Nateq F, Ghojzadeh M, Asgharzadeh A. Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Mater Sociomed*. 2017;29(3):192-5. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>.
 22. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of general practice*. 2013;63(606):e76-84.
 23. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. 2002;52(Suppl):s9-12.
 24. Collins FS, Varmus H. A new initiative on precision medicine. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(9):793-5.
 25. Hamburg MA, Collins FS. The path to personalized medicine. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(4):301-4.
 26. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(8):733-42.
 27. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(8):747-55.
 28. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care-creating a more sustainable model. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(13):1173-5.
 29. Mitchell P, Wynia M, Golden R, McNellis B, Okun S, Webbet CE, al. Core principles & values of effective team-based health care. *Institute of Medicine*. 2012.
 30. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009;(3): CD000072.
 31. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient education and counseling* 2008;73(3):526-35.
 32. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling* 2012;88(2):170-6.
 33. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
 34. McGowan P. Self-management education and support in chronic disease management. *Primary Care* 2005;32(3):699-712.
 35. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184-8.
 36. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine* 2011;9(2):100-3.
 37. Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, et al. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Services Research*. 2024;24(1):487.
 38. Darley JM, Batson CD. From Jerusalem to Jericho: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of personality and social psychology* 1973;27(1):100.
 39. Goic A. Grandes médicos humanistas. Editorial Universitaria; 2004.