

1. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA MÉDICA CENTRALIZADA EN LA PERSONA

FERNANDO MARTÍNEZ CORTÉS

El asunto de la relación médico-paciente suele tratarse desde el punto de vista de la práctica de la medicina centralizada en la enfermedad. En este escrito nos ocupamos de la relación médico-paciente en la práctica médica no centralizada en la enfermedad sino en la *persona enferma*.

LA PERSONA

Se ha dicho que la persona es una entidad indefinible porque solamente son definibles "los objetos exteriores al hombre y que se pueden poner ante la mirada";¹ y como la persona no es un objeto, no se puede definir. Lo que sí podemos es explicar lo que es, cuáles son sus características y otros aspectos importantes.

La persona "es una actividad vivida de autocreación, de comunicación y de adhesión". Eso es el hombre en tanto persona, no una obra terminada sino una constante creación, no un ente solitario sino un ser en comunicación y, además, un ser con ciertas preferencias o adhesiones.

Empecemos con la autocreación, de la que la libertad es sustancia y motor. La libertad es una fuerza que está en el origen de la persona, en su afirmación y desarrollo; de ella dependen casi todos sus atributos y posibilidades.

Gracias a la libertad, la persona cuenta con centros de elección o preferencia —valores—, alrededor de los cuales organiza y desarrolla su existencia.

La libertad es el fundamento de la ética; gracias a ella el hombre puede hacer cosas buenas o malas, ser moral o inmoral. La conducta ética es opción libre, elección o preferencia que nace de la característica de la persona, llamada libertad. La ética no es impersonal

supeditación a leyes o mandatos. Sin libertad no puede haber verdadera comunicación interpersonal porque ésta consiste en salirse uno de uno mismo como persona para comprender al otro, también como persona; para en cierta medida asumirlo y darle algo o mucho de nosotros mismos.

La amistad y el amor verdadero son fruto de la comunicación así entendida y por lo tanto de la libertad.

Finalmente, la libertad es el motor del *ansia de trascender*, que es tal vez una de las aspiraciones superiores de la persona bien desarrollada y que Gabriel Marcel ha explicado como el ansia de “ser más que mi vida”.

La libertad no es algo determinado, pero sí tiene sus condiciones. Las hay de acuerdo con cuatro tipos: biológicos, sociales, económicos y políticos; existen en la persona así como en su entorno.

A los médicos nos interesa sobre todo la condicionante biológica, entendida como la que el cuerpo humano y sus enfermedades oponen a la libertad de la persona. Para tratar este asunto conviene recordar el concepto de *necesidad* o de lo *necesario*.

Se entiende por necesario “todo lo que resulta de una razón suficientemente dada”, la que en el orden físico —que es el que aquí nos interesa puesto que estamos hablando del cuerpo humano— se llama causa.

En el ejercicio de la medicina, la condicionante biológica de la libertad de la persona, en este caso el paciente, es la enfermedad. Ésta es la “razón suficiente” para que el enfermo vea coartados ciertos aspectos de su libertad. Por ejemplo, el enfisema pulmonar es razón suficiente para que el paciente tenga disnea; ésta, por lo tanto, debe considerarse como *lo necesario*, lo que no puede dejar de haber (aunque sea en grado mínimo y con el esfuerzo) si en verdad existe un enfisema general e importante. Esta falta de aire de alguna manera condiciona la libertad de esa persona.

Si entendemos “fuerza necesitante” como *determinismo científico*, otros filósofos consideran que la libertad no es solamente lo que está fuera de dicho determinismo y que dicha libertad no se gana contra los determinismos naturales sino que se conquista sobre ellos, pero con ellos.¹

Si la libertad es autocreación, si “en ella y por ella me invento, e invento conmigo mis motivos, los valores y mi mundo”, todo lo cual no se hace contra nuestros determinismos biológicos sino con ellos y a veces sobre ellos, aun ante la limitación física —falta de aire

o disnea— determinada por el enfisema según el ejemplo que antes dimos, la libertad del paciente en tanto persona le permite inventar una vida, inventar o recurrir a valores que hasta superen o menosprecien la incapacidad física.

Pero la libertad no es algo forzoso, no corresponde al campo de lo necesario según quedó explicado antes (si no, no sería libertad), sino que se puede ejercer o no se puede ejercer. Es responsabilidad del médico despertarla o estimularla en los pacientes que, como el enfisematoso del ejemplo, han perdido una libertad física.

Cuando el impedimento físico consecutivo a la enfermedad puede aliviarse o curarse, hacer esto es la primera obligación del médico; pero además de considerar este aspecto biológico de la libertad personal, también hay que tener en cuenta las condiciones sociales y económicas del paciente y del médico.

Con la libertad y los valores se construye el universo de la ética. La ética es por lo tanto otra característica de la persona. La adquirió el hombre después de haber pasado por la etapa preética, en la que se abandona el automatismo impersonal del instinto o del hábito, a la dispersión, al egocentrismo, a la indiferencia. Hay lo que suele llamarse ceguera moral.

La conciencia ética es perenne inquietud, reiterado autoexamen, a tal grado que se dice que el fin de la inquietud es el fin de la moralidad. Es más bien el fin de la vida personal en su totalidad.

Otra de las propiedades de la persona es su capacidad para crear arte o por lo menos para sentirlo. El arte enriquece a la persona porque “nos acerca a lo que nuestros sentidos y nuestros pensamientos no captan directamente; porque tiende a volvernos presentes lo infernal y lo sobrehumano”.¹

El arte enriquece a la persona porque es otra forma de conocer diferente al de la ciencia (conocimiento empírico-sensorial y abstracto-discursivo). Cuando intuimos, imaginamos, creamos y manejamos símbolos, estamos ejerciendo la forma artística de conocer.

La verdadera comunicación interpersonal tiene que ver con la autocreación y la libertad.

Comunicarme es exponerme, es salir de mí para comprender al otro, para asumir o “tomar sobre mí” su alegría, su pena, su padecer y para darle por lo menos mi comprensión, mi generosidad, mi compañía. Así entendida, la comunicación es un elemento fundamental de la relación médico-paciente.

Gracias a la comunicación la persona se depura y crece en hondura y amplitud, pues para que yo sea capaz de salir de mí, de comprender al otro, de asumir sus problemas, es indispensable olvidar aquello de que "sólo mis chicharrones truenan". De este modo y gracias a la comunicación, se depura mi persona.

Pero a la vez, también se enriquece, porque se nos aparece entonces como "una presencia dirigida hacia el mundo y las otras personas, sin límites, mezclada con ellos, en perspectiva de universalidad" [1]. Esto es lo que gana el médico como persona al entablar una relación médico-paciente de carácter interpersonal.

Otra propiedad de la persona es la adhesión, que yo entiendo como tomar partido, como asumir, como estar con, como preferir. En la comunicación hay adhesión porque al comprender al otro y asumir sus problemas me adhiero a él, lo acompaño, estoy con él.

Hay también adhesión cuando, gracias a la libertad, la persona se organiza alrededor de "centros de elección" o valores, cuando elige o toma partido. Ha dicho Mounier que "al elegir esto o aquello me elijo indirectamente a mí mismo y me constituyo en la elección".

La persona es la realidad *trascendente* del hombre como ser biológico, psíquico, social y cultural; es trascendente porque es superior "en su calidad de ser" respecto al hombre entendido como la unidad biopsíquica y sociocultural.

El ansia de trascendencia es el movimiento del ser humano para ir siempre más lejos (Malebranche), para ser "más que mi vida", como dijera Gabriel Marcel.²

El ansia de trascender es la antítesis del conformismo, de la seguridad, de la adaptación y de la visión común de la felicidad: "Adaptarse es reducir la superficie amasada y hacerse semejante a lo que es, al precio menos caro —dice Emmanuel Mounier, y agrega— ¡Y a esto es a lo que se llama felicidad!"

Se ha comparado el ansia de trascendencia con la fuerza que necesitan los aviones para llegar a las alturas. Esta fuerza es en el hombre su ansia de trascender; pero si bien cuando al avión se le para el motor o se le apaga el cohete da con todo su fuselaje en tierra: cuando el hombre carece de esta fuerza ascensional que es el ansia de trascendencia, desciende a niveles más bajos que los propios animales. Ciertamente, ¿qué animal, por más cruel que sea, hace lo que hoy hace el hombre?

Lo anterior nos lleva a hablar de los *valores*. Podríamos explicarlos como fuentes de determinaciones siempre vivas e inagotables, que la humanidad ha adquirido en el curso de su desarrollo. Residen en la intimidad de la persona, son en cierta manera producto de la libertad, se confirman en el acto que ellos suscitan.

Los valores son tan indispensables para una existencia verdaderamente humana y es tanta su trascendencia, que los filósofos han dicho que "sólo existimos definitivamente desde el momento en que nos hemos constituido un cuadro interior de valores, contra el cual ni siquiera prevalecerá la amenaza de muerte".¹

Es este cuadro interior de valores lo que determina los actos, los pensamientos y los afectos de nuestra vida; constituyen aquello que nos hace vivir pero también aquello por lo que podemos ofender la vida.

De todo lo antes mencionado le viene la dignidad a la persona; es digna por libre, porque es capaz de comunicarse, de comprender, de amar, de asumir características de otras personas; es digna por su ansia de trascendencia, por su sacrificio al que muchas veces lo impele la ética. Por todo esto, la persona es digna y además respetable.

EL PACIENTE COMO PERSONA Y SU PADECER

El médico no trata con cuerpos humanos sino con *pacientes*. El paciente es una persona que acude al médico por un problema de salud que espera que éste le resuelva.

Ese problema es un *padecer*. Llamamos *padecer* a lo que el paciente está viviendo, sintiendo, imaginando, sufriendo y por lo cual busca ayuda médica.

El padecer es un evento netamente *personal*, es la expresión de la característica de la persona que consiste en hacer algo genuinamente suyo, particular y único, al propio cuerpo con su forma, funciones, dolores, impotencias, etc.; de interpretarlo, aceptarlo o rechazarlo de manera *muy personal*. Es el padecer la forma muy particular de sentir, de vivir las amenazas o limitaciones de la enfermedad, o a veces sus ganancias o beneficios.

El padecer es el conjunto de vivencias personales por las que el paciente busca ayuda médica.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En el acto central del ejercicio de la medicina llamado *consulta*, lo primero que debe hacer el médico es promover la comunicación del paciente para que éste hable de su padecer,

Es éste el momento en que se empieza a establecer la relación médico-paciente. Su primera fase es *una relación con la persona que es el paciente*, relación que se teje alrededor de su padecer.

En esta fase de la consulta médica la actitud del doctor debe ser de cálido interés por la persona que es el paciente, por lo que dice y por lo que calla; debe ser una actitud de respeto, de disposición a conocer, comprender y ayudar.

Respecto a los medios de que se vale el médico para establecer esta *relación con la persona que es el paciente*, éstos se reducen a los que promueven y facilitan la comunicación del padecer. Los principales son: el silencio atento, respetuoso y comprensivo, sólo interrumpido por las palabras o expresiones verbales que facilitan o alientan el discurso del paciente.³

En esta otra fase de la relación con el enfermo, el médico está usando la forma de conocer gracias a la cual buscamos significados, interpretamos y comprendemos; se trata, a diferencia de la etapa que vendrá después, de una relación donde se ejerce la hermenéutica.

Hemos dicho en otro lugar² que los síntomas que no comunican los pacientes suelen tener dos caras, como el Jano mitológico. Una es la cara del síntoma propiamente dicho, que nos permite identificar la enfermedad propiamente dicha. La otra cara del síntoma corresponde al padecer. Los buenos clínicos saben distinguir ambas caras.

Cuando el médico ya no aplica la forma hermenéutica de conocer para comprender al paciente y su padecer, sino que trata de diagnosticar la enfermedad, establece con el enfermo una relación en todo semejante a la que establece un científico con su objeto de estudio. A esta fase de la relación médico-paciente es a la que Laín Entralgo ha llamado *relación objetivante*.⁴ En ella el médico deja a un lado al paciente como persona y se dedica a interrogarlo, lleva a cabo la exploración física de su cuerpo y solicita los exámenes de laboratorio o gabinete que se requieren para el diagnóstico correcto de la enfermedad, incluyendo su etiología. Lo que hace el médico al palpar y auscultar al paciente es poner en práctica la forma de

adquirir conocimiento llamada empírico-sensorial, para enseguida aplicar a la información así obtenida, la forma de conocer llamada abstracto-discursiva. Ambas formas son propias de las ciencias biomédicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mounier, E., *El personalismo*, Eudeba, 1962.
2. Martínez Cortés, F., *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*, SETRA, S.C., 1998.
3. Martínez Cortés, F., *Consulta médica y entrevista clínica. Medicina del hombre en su totalidad*, 1979.
4. Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Revista de Occidente, 1964.

2. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA ACTUALIDAD

OCTAVIO RIVERO SERRANO

Reconociendo que la relación médico-paciente ha existido siempre, surge la pregunta de si es importante que subsista aún en los tiempos actuales en que la medicina se sustenta en la utilización cada vez más excesiva de métodos de diagnóstico y tratamiento que parecen ser el paradigma de la medicina actual. La respuesta es afirmativa. Los nuevos procedimientos enriquecen los recursos del médico, pero no sustituyen el poder terapéutico de una buena relación, que incluso debe servir para ayudar a médico y paciente en el uso de estos procedimientos, que son un indiscutible avance, pero que han encarecido la medicina innecesariamente cuando son utilizados en demasía y que tienen un riesgo que debe calcularse con prudencia antes de indicarlos.

Quizá una de las causas del incremento en las demandas que se interponen a los médicos pueda deberse a defectos en esta relación, ya que en muchos casos parece no haber existido una explicación suficiente de los riesgos al enfermo o sus familiares.

La medicina actual en su modernidad se basa en el gran adelanto científico de las ciencias y en la aplicación de sofisticadas tecnologías en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. Sin embargo, la medicina para el enfermo es algo más que la aplicación de las ciencias biomédicas y la aplicación de recursos tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; me refiero a la relación estrecha que pueda desarrollar el médico con los enfermos.

La buena relación médico-paciente se establece a lo largo de una serie de circunstancias que rodean el acto médico. Es conveniente analizar estas circunstancias para reflexionar hasta qué punto han cambiado como resultado de la organización de la medicina actual. Puede decirse que, de alguna forma, los grandes adelantos en ciencia y tecnología aplicados a la medicina la han modificado, convirtiéndola en algo de mucho mayor complejidad de la que tenía hace apenas cincuenta años.

El primer paso para una buena relación lo iniciaba el paciente al escoger a su médico; ya fuera por el prestigio o por recomendaciones de otros enfermos o de otros médicos, el paciente decidía en manos de quién confiar su salud. El elemento confianza, derivado del prestigio de la medicina como profesión y del prestigio individual del médico ha sido siempre el generador de la relación adecuada entre paciente y médico.

Al iniciar el contacto con el médico, el paciente contaba con que su enfermedad y ciertos aspectos de ella permanecerían sólo en el conocimiento de él y de su médico; en algunos casos el enfermo pedía incluso que ni sus familiares se enteraran de los pormenores de la enfermedad, incrementando de esta manera la confianza.

Durante siglos la profesión y los médicos tuvieron el prestigio de una actividad cuyo principal interés no era el lucro; el médico era visto como un profesionista que si bien no curaba difícilmente dañaba al paciente. Con esto se establecía una relación que después ha sido criticada como adherencia terapéutica o sujeción del enfermo a una relación paternal, a veces autoritaria. Pero en todo caso, la relación era dual, del médico hacia el paciente y viceversa, sin mayores interferencias de decisiones de terceros. En los casos de padecimientos graves el paciente consentía en que un familiar, el más cercano, ayudara a tomar decisiones respecto de estudios o tratamientos con riesgo, pero en general nadie más intervenía en las decisiones acerca de tratamientos o recursos extraordinarios de diagnóstico.

El trabajo del médico era más sencillo que hoy, se desarrollaba en la casa del paciente o en el consultorio del médico, que pronto el paciente sentía como algo propio. El médico dependía en un grado mucho mayor que ahora de su habilidad para acercarse al paciente, el diagnóstico se establecía con base en los datos que el paciente le proporcionaba acerca de su enfermedad, de su padecer y de los signos de enfermedad que pudiera recoger a través de educados órganos de los sentidos, adiestrados a reconocer datos de enfermedad. Los análisis de laboratorio y las pruebas de gabinete se solicitaban para corroborar diagnósticos o para ratificarlos.

En la actualidad todo esto ha cambiado radicalmente. Existen factores que hacen distinto el ejercicio médico, que se pueden señalar como aspectos distintos del marco social en que se desarrolla la

medicina y otros comunes de este ejercicio en todas las latitudes, amén los propios del ejercicio de la medicina en nuestro país.

Como factores generales debe mencionarse que la medicina actual sucede en un mundo tecnificado; en un mundo en el que la sociedad está alerta a los grandes adelantos y quiere ser tratada en este ambiente que le es confiable. Por otra parte, no se puede negar que la sociedad actual, más participativa, más cuestionante, vive en un ambiente de desconfianza hacia todo aquello que signifique autoridad, aunque sea la criticada autoridad paternalista del médico de antaño. Otro factor del marco general, de mucha importancia, es que vivimos en una sociedad en la que los valores tradicionales se han modificado; una sociedad economicista, que da gran importancia al dinero y a los bienes que éste parece conseguir.

En la organización de la medicina actual hay elementos de inicio que perturban la confianza. Por una parte, en la mayoría de los casos en la medicina institucional, los enfermos no pueden escoger a su médico, y no sólo es así sino que en el curso de tratamientos largos la institución los conduce ante distintos profesionistas para tratarlos de la misma enfermedad. En el caso de la medicina privada no sucedía esto y ahora, con frecuencia, el médico tratante es seleccionado por alguien distinto al paciente o sus familiares, en unos casos por la compañía de seguros a la cual se afilió el paciente, temeroso de no poder afrontar los excesivos gastos de una medicina sobreadministrada y sobretecnificada, en otros casos por la empresa que sostiene un cuerpo médico para la atención de sus empleados.

Por cierto, en la medicina institucional el paciente parece estar más protegido, pues la selección del médico en esos casos se hace por currículum; en tanto que en las compañías de seguros la selección de los médicos tiene que ver, en gran parte, con la aceptación de tabuladores que paga la compañía.

La imagen misma de la medicina ha cambiado: en algunos casos el médico es visto como un burócrata que tiene que atender específicamente un número de pacientes —en general excesivo— por hora; en la medicina privada la imagen es la de un médico negociante, porque consorcios de atención médica particular están convirtiendo la medicina actual en un negocio, en lugar de una actividad de servicio. Esta imagen del médico es muy injusta, pues la mayoría no son dueños de los negocios. La medicina, que en un

tiempo estuvo en manos de los médicos, ahora está en manos de administradores o de negociantes.

Parece imposible evitar que el acto médico pierda la relación dual entre médico y paciente; las ventajas de los grupos médicos llevan aparejada la premisa de que será alguno de sus integrantes quien atienda al paciente. No hay secreto posible. Lo importante no es sólo la pérdida de esta relación personal y secreta, sino que, por el tipo de organización, el paciente tiene que entenderse con trabajadoras sociales, residentes, ajustadores de seguros, etc., es decir, para tratar su enfermedad el paciente tiene que entablar relación con muchos sujetos además del médico.

La medicina parece estar sobreadministrada y sobretecnificada en todos los ámbitos; éste es un mal que preocupa a muchas organizaciones a nivel mundial, no sólo porque estos dos factores son responsables del terrible encarecimiento de la medicina, que puede hacer de ella un recurso maravilloso pero limitado a los que puedan pagarla, sino porque la sobreutilización de recursos tecnológicos en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades puede ser responsable de daño iatrogénico, esto es, de lesiones no ocasionadas por la misma enfermedad que se trata, sino por el uso irreflexivo de los recursos modernos.

Todo esto ha contribuido a modificar la clásica relación médico-paciente y en muchas ocasiones explica la frecuencia de las demandas del enfermo al médico o a la institución donde se atiende.

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella. La medicina era más sencilla, los recursos del médico para atender al enfermo estaban más en sus capacidades personales, en su relación con el enfermo, que en los recursos externos, como los implementos de tecnología para el diagnóstico, las medicinas más eficaces y otros procedimientos de tratamiento que la ciencia y la tecnología modernas han puesto en manos del médico para atender a los enfermos.

Se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo. Con el avance de la ciencia y la tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos eficaces de diagnóstico y tratamiento en mayor proporción y parecería que la *presencia curadora* del médico deja de tener importancia. "Apenas llegó usted y me sentí mejor", era una frase que escucharon los médicos de antaño, aquellos que atendían en su consultorio o en casa del paciente. ¿Es válida la

preocupación por que se esté perdiendo esta relación? ¿Son los grandes adelantos de la ciencia y las tecnologías aplicadas a la medicina suficientes para curar...? Creo que hay datos para asegurar lo contrario. En la época del médico que atendía con pocos recursos no había demandas por mala atención.

Las demandas se deben en gran parte a la pérdida de esta relación, que se basaba en la gran confianza de los pacientes en la medicina y en los médicos. Las demandas son la negación de la relación médico-paciente. ¿Por qué? Porque hay elementos interruptores de esta relación. No son interruptores el avance en ciencia y tecnología, sí lo es la organización distinta de la medicina que quizá tenga que ver con lo compleja que se ha vuelto con estos avances. Tratemos de analizar cuáles son los elementos interruptores de la relación en la medicina actual.

El elemento fundamental para una buena relación es la *confianza*, principalmente la confianza en el médico que el paciente escogió para confiarle su bien máspreciado: la salud. En la medicina actual hay elementos que no estimulan la confianza. En la institucional el paciente va con el médico que la organización señala, que frecuentemente cambia en el curso del tratamiento; el paciente no va con "su médico". En la privada sucede algo semejante: el médico es asignado por la compañía de seguros, que escoge al que acepta su tabulador.

La confianza en el médico y la medicina deriva del prestigio de la profesión. Ahora hay dos grandes áreas de desprestigio en nuestro medio:

No todos los que egresan de las más de sesenta escuelas de medicina del país están bien preparados. La mayoría de estas escuelas no han aceptado ser certificadas en el proyecto de AMFEM porque conocen sus deficiencias; esto ha trascendido al público.

Por otra parte, y esto es un mal universal, la medicina en muchas áreas ha pasado a ser un negocio y no una profesión de servicio, como ya lo mencioné. La responsabilidad de esto no recae enteramente en los médicos, que son tan explotados como los enfermos. Pero los pacientes no saben esto y achacan a los médicos el terrible encarecimiento de los servicios médicos. Encarecimiento que tiene que ver con la sobreadministración de la medicina (los administradores cuestan), con un abuso de recursos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento, muchos de ellos importados y costosos, con el ejercicio médico sometido a la presión consumista de productores

de medicamentos y de insumos y a la organización de sistemas de atención médica con miras a constituirse en un buen negocio.

El que el paciente no sienta en la medicina y en "su médico" la confianza de antes es sin duda el origen de las actitudes del paciente que desconfía ante cualquier cosa que no sale como se imagina que debería salir y que demanda al médico. No es de extrañar que esta perniciosa costumbre, que propicia una mala medicina en la que el médico piensa más en cuidarse de las demandas que en la salud de su enfermo, haya comenzado en Estados Unidos, donde se inició el cambio a una medicina excesivamente administrada, tecnificada y vista como un negocio.

Hay otras causas menores, pero que igualmente contribuyen a interferir en la relación médico-paciente:

La multiplicación de personas que tienen que ver con el paciente en sus tratamientos además del médico, cuando antes era solamente éste: trabajadoras sociales, técnicos diversos, relaciones públicas, ajustadores de seguros, ayudantes, residentes, etc., cuya presencia es mayor en tiempo ante el enfermo que la del médico.

El uso inmoderado de recursos diagnósticos y de tratamiento puede ser causa de iatrogenia. Los recursos de antes si no curaban no hacían daño. Hoy los recursos tienen tal magnitud potencial de modificación del cuerpo humano que si no se utilizan con gran conocimiento y prudencia pueden dañar. Casos conocidos de iatrogenia contribuyen a generar desconfianza en la profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abele, J., *Health reform and technology— what does it means for US?*, Biomedical Instrumentation & Technology, noviembre-diciembre 1995:418.
2. Balint, J., W. Shelton, *Regaining the initiative. Forging a new model patient-physician relationship*, JAMA, 1996, 275, 11:887-891.
3. Calman, K., *The profession of medicine*, BMJ, 1994, 309:1140-1143.
4. Hipócrates, *De la medicina antigua*, versión Eggers Lan. México, UNAM, Biblioteca Scriptorum Graecorum et Romanorum Mexicana, 1a. reimpresión, 1991:4-7.
5. Laín Entralgo, P., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Madrid, Alianza Universidad, 1983, pp. 457-465.

6. Larkin, G.L., J. Moskop, A. Sandeis, A. Derse, *The emergency physician and patients confidentiality: A review*. Ann Emerg Med 1994, 24:1161-1167.
7. Rivero, O., *La certificación de escuelas de medicina*, Simposio del Consejo de Salubridad General y la Academia Mexicana de Cirugía, México, 1995.
8. Szasz T.S. y Hollander, M.H., *A contribution to philosophy of medicine*. The basic models of the doctor-patient relationship, Arch Intern Med 1956, 97:585-592.
9. Tuckett, D., *Doctors and patients en: An introduction to medical sociology*, Londres, Tavistock Publ., 1976:190-224.