



MediSur

E-ISSN: 1727-897X

mikhail@infomed.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de
Cienfuegos
Cuba

Cruz Martínez, Orlando; Fragoso Marchante, María Caridad; González Morales, Iris; Sierra Martínez,
Dianelys Perla; Labrada González, Jorge Armando
La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico
MediSur, vol. 8, núm. 5, 2010, pp. 110-120
Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
Cienfuegos, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098021>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTICULO

La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico

Doctor and patient's relationship at the present time and value of the clinical method

Dr. Orlando Cruz Martínez,¹ Dra. María Caridad Fragoso Marchante,² Dra. Iris González Morales,³ Dra. Dianelys Perla Sierra Martínez,⁴ Est. Jorge Armando Labrada González⁵

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. ²Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Ciencias. Investigador Agregado. Profesor Asistente. Hospital Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. ³Especialista de II Grado en Neumología. Máster en Ciencias. Profesor Instructor. Hospital Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. ⁴Especialista de I Grado en Neumotisiología. Profesor Instructor. ⁵Estudiante tercer año de Medicina. Alumno ayudante de Medicina Interna. Universidad de las Ciencias Médicas.

¹Second Professional Degree in General Medicine. Provincial Directorate of Health Services of Cienfuegos. ²Terminal Professional Degree in Internal Medicine. MSc. Research Associate. Assistant Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos. ³Terminal Professional Degree in Pulmonology. MSc. Instructor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos. ⁴Second Professional Degree in Neumotisiology. Instructor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos.

RESUMEN

La historia de la humanidad no está dada solo por los hechos de las relaciones y conflictos entre los hombres. Recoge la lucha del hombre para sobrevivir y la lucha más ardua y persistente ha sido la del hombre contra las enfermedades. El surgimiento de la actividad médica se une indisolublemente al desarrollo de las relaciones humanas. Estos es lo que identifica al hombre y lo distingue de otros seres biológicos es su capacidad de relacionarse.

El reconocimiento del valor de la relación médico-paciente y de su momento psicológico, está unida gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por esto que la escuela hipocrática, con su insistencia de que el hombre no es solo lo físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico, y su énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación médico-paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo de la Medicina.

A lo largo de los siglos muchos se ha aprendido y más aún se ha escrito sobre esta singular relación humana, que, día a día, como muestra de la decisiva importancia

que reviste y el condicionamiento socio-histórico que la determina, suscita un interés permanente y renovado no solo de la medicina sino de muchas disciplinas colindantes con ella.

Palabras clave: Diagnóstico clínico; medios críticos; medicina clínica; relación médico-paciente

ABSTRACT

The history of mankind is not only made of the relationships and conflicts among men: the struggle to survive is also part of it and the hardest and most persistent of all has been men's fight against diseases. The emergence of medical activity is inextricably linked to the development of human relationships. In fact, it is precisely the capacity of establishing relationships with others what identifies and distinguishes man from other biological beings. The recognition of the values of the doctor-patient relationship and its psychological moment is gnoseologically attached to the recognition of the values of the integral vision of man. That is why the Hippocratic school, constantly insisting that man is not only the physical aspect, but an inseparable whole with

Correspondencia:

Dr. Orlando Cruz Martínez

Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos

Dirección electrónica: orlando@jagua.cfg.sld.cu

the psychic aspect and emphasizing on the importance of the environment and the doctor-patient relationship constitutes a milestone in the development of medicine. Over the centuries much has been learned and even more has been written about this unique kind of human relationship that causes everyday a renewed interest not only for medicine but also for many adjacent disciplines, as a sign of its decisive importance and the socio-historical conditions that determine it.

Key words: Diagnosis clinical; critical pathways; clinical medicine; physician-patient relations

INTRODUCCIÓN

La historia de la humanidad no está dada solo por los hechos de las relaciones y conflictos entre los hombres, recoge la lucha del hombre para sobrevivir a desastres naturales, accidentes y a múltiples enfermedades, la lucha más ardua y persistente ha sido la del hombre contra las enfermedades, al surgir la actividad médica ésta se une indisolublemente al desarrollo creciente de las relaciones humanas, lo que identifica al hombre y lo distingue de otros seres biológicos es su capacidad de relacionarse.^(1, 2)

Existe un viejo adagio que hace referencias a las funciones del médico que expresa: *cuando no cura, alivia y cuando no, consuela*. Hoy en día con el desarrollo majestuoso de la técnica al mismo tiempo que con la incorporación de las ciencias sociales al terreno de las ciencias médicas podemos añadir que el médico promueve salud, previene enfermedades y que rehabilita cuando es necesario, nada de esto es posible si no se lleva a cabo una eficaz comunicación entre el médico y sus pacientes, de manera que la comunicación deviene en un proceso indispensable para la relación médico paciente.⁽¹⁻³⁾

La historia de la relación medico-paciente es más antigua que la medicina misma. Cuando aun se encontraba la medicina en la prehistoria y estaba lejos sus primeros balbuceos como ciencia, podemos verla ya en la relación que se establecía entre el hombre enfermo y aquel otro responsabilizado, por un imperativo social, con restablecer la salud del que se enfermaba (chaman, sacerdote, etcétera). Es posible descubrir referencias sobre ellas, en casi todas las civilizaciones antiguas; las concepciones místicas dominantes, que vedan al médico como un representante de los dioses, consideraban que la relación medico paciente era engendrada en el cielo, y que era tan antigua como los dioses mismos, asociándola estrechamente con el éxito de la profesión que para muchos es la más antigua del mundo: *el arte de curar*. La relación médico-paciente era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y ausencia del conocimiento científico que es posible imaginarse en los hombres de tan remota época.⁽¹⁻⁴⁾

Desde tiempo inmemoriales, el médico ha sido amigo del

paciente desde el vientre hasta la tumba, en esta singular relación se le concedía al médico, no sin razón, el papel decisivo; debía poseer una suma de cualidades personales y actuar acorde a un conjunto de principios con el objetivo de hacer más efectiva su labor. Antes que todo, el médico debía dar cierta impresión de su persona que estimulara al paciente. En el desarrollo histórico de la relación médico paciente, el *corpus* hipocrático representa la sistematización más acabada de las observaciones empíricas acumuladas hasta entonces, lo cual puede resumirse en la conocida frase de que "el enfermo es amigo del médico a causa del médico mismo".⁽¹⁻⁶⁾

En todas las civilizaciones los métodos subjetivos en la medicina han tenido una enorme importancia para ayudar al ánimo del paciente. En el antiguo Egipto se le concedía gran importancia al relato del paciente, quien exponía no sólo los síntomas subjetivos, sino las causas a las que atribuía su enfermedad, dándosele gran valor a los aspectos aparentemente secundarios. El Asclepiades ejercía la medicina en templos estratégicamente ubicados, utilizando métodos psicoterapéuticos, litúrgicos y médicos.

Es posible encontrar ya en la antigüedad observaciones sobre la importancia de momentos psicológicos en la terapéutica, la cuales constituyen las primeras premisas científicas del estudio del conocido efecto placebo. No es posible pasar por alto que Platón en su época había señalado que el mayor error era intentar la curación del cuerpo sin intentar la curación del alma.⁽¹⁻⁶⁾

El reconocimiento del valor de la relación medico-paciente y de su momento psicológico, está unido gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por esto que la escuela hipocrática, con su insistencia de que el hombre no es solo lo físico, sino un conjunto inseparable con lo psíquico, y su énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación medico paciente, constituye un hito decisivo en el desarrollo de la medicina.⁽⁴⁻⁶⁾

En correspondencia con lo antes señalado, es posible detectar a lo largo de la historia, dos direcciones fundamentales en la comprensión de estos problemas: los que como Hipócrates han considerado que estos aspectos son de primer orden, y los que lo han considerado secundario. Sin temor a equivocarnos podemos afirmar que los médicos más avanzados han abrazado generalmente la línea hipocrática, reconociendo la dependencia de los factores psicológicos y sociales en la relación medico paciente y la necesidad de que toda acción medica comience por disipar la pena, la tristeza y la duda del hombre enfermo.⁽⁵⁻⁸⁾

A lo largo de los siglos muchos se ha aprendido y más aun se ha escrito sobre esta singular relación humana, que, día a día, como muestra de la decisiva importancia que reviste y el condicionamiento socio-histórico que la determina, suscita un interés permanente y renovado no solo de la medicina si no de muchas disciplinas

colindantes con ella. ^(6, 7, 8)

El desarrollo de la medicina como ciencia se sitúa en el contexto de condiciones socioeconómicas y culturales específicas; en este marco, la especialización ha constituido una manifestación del desarrollo de las ciencias, lo que trae aparejados problemas nuevos relacionados con la organización del trabajo científico. ⁽⁶⁻⁸⁾

En el contexto de la revolución científico-técnica, con el elevado nivel de desarrollo de tecnologías avanzadas, los preceptos y principios que están implícitos en la relación médico-paciente y que vienen representados por los valores, actitudes, propósitos y acciones que el profesional asume ante su paciente, deben darse en una relación armónica y con características peculiares donde se conjuguen en proporción perfecta, el interés, la dedicación, el caudal de conocimientos y la profesionalidad en el ejercicio de las funciones médicas. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

En la medicina moderna la introducción y apropiación de los principios filosóficos del dualismo cartesiano, el positivismo y el neopositivismo por una parte y los avances de las ciencias biológicas por otra, han dominado desde hace varios siglos y han afectado de alguna forma el curso armónico del desarrollo de las ciencias médicas por la contraposición dualista entre psiquis y soma, observación clínica y tecnología, medicina tradicional y occidental y un sinfín de variantes que traen aparejadas consecuencias nocivas para una visión integradora con el predominio de una u otra corriente conforme a la tendencia preponderante. ⁽⁷⁻¹²⁾

La comunicación es la manifestación más compleja de las relaciones del ser humano y el profesional de la medicina tiene que ser capaz de desarrollar la habilidad de comunicarse, de usar con efectividad métodos y procedimientos de interacción socio psicológicos que le garanticen poder cumplimentar sus funciones. ^(2, 7-10)

¿Puede estar el profesional de la medicina ignorante o ajena a la teoría del proceso de la comunicación y a la adquisición de ésta habilidad? El profesional de la medicina necesita conocer y manejar el proceso de la comunicación, el principal principio de nuestra medicina es la atención integral al hombre ⁽³⁾, luchamos por la salud y salud no se define solamente como ausencia de enfermedad, salud es completo estado de bienestar biológico, psicológico y social, para alcanzar esto se necesita mucha comunicación. ⁽⁴⁻¹⁰⁾

A fin de profundizar en el conocimiento de las características actuales de la relación médico paciente y el valor que entraña la correcta aplicación del método clínico nos motivamos a realizar esta revisión.

DESARROLLO

Desde los primeros tiempos de la humanidad el hombre primitivo al sentirse herido o enfermo buscaba ayuda en sus semejantes, al mismo tiempo que la prestaba cuando era requerido haciendo su aparición un

personaje poderoso y pintoresco que no solo se comunicaba con los enfermos, sino que precisamente era poderoso, porque se comunicaba con dioses y con espíritus mediante rituales mágicos, maniobras exorcistas y sacrificios de animales y en ocasiones hasta de humanos, allí está la raíz, el inicio de la relación médico-paciente, pues ese brujo-hechicero realizaba las primitivas funciones de la medicina.

Un poco más tarde en el Egipto antiguo se manifestaron intentos de comunicación en la relación médico-paciente, con su dios de la salud Inhotep. En la antigua Grecia se popularizó entre los médicos el juramento hipocrático que expresa que el médico debe adoptar una presencia digna, conservar siempre la calma y hacer que su conducta inspire confianza, decir solo lo que sea preciso, mantener reservas, hablar con firmeza y concisión, conservar el dominio y evitar toda confusión; aquí se pueden apreciar elementos éticos. Hipócrates utilizaba un método para estudiar los enfermos que consistía en observar, describir y anotar, acciones que sustentaban un proceder científico y que permitieron un salto significativo en el estudio de las enfermedades. ^(1-4, 7-10)

La relación médico-paciente, la podemos definir como aquella relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético. La relación médico-paciente sólo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir, a la excelencia. ⁽¹⁻¹⁰⁾

Concepto de comunicación médico-paciente. Es un proceso complejo, de carácter material y espiritual, social e interpersonal, que posibilita el intercambio de información, la interacción y la influencia mutua entre médico y paciente; ha sido considerado como una categoría que hace énfasis en la función afectiva, característica que permite el logro de una actividad médica de calidad; también se considera una habilidad que se adquiere mediante el entrenamiento. ⁽¹⁾

La comunicación médico-paciente y la ética médica. Es un proceso donde la empatía y la profesionalidad se ponen de manifiesto y que resulta enriquecedor para el médico y para el paciente cuando se cumplen los principios de la Ética médica. ^(1-3, 7-10) Se define claramente la unidad que hay entre la actividad médica, la comunicación y la Ética médica como inseparables. La educación que ha recibido el profesional y la formación de valores que ha tenido lugar en el contexto universitario guarda relación directa con la observancia de los principios de Ética médica ⁽⁶⁻¹²⁾ se han desarrollado planes de formación profesional con participación de estrategias que promueven el desarrollo de valores, el estudiante de medicina desde los primeros años participa activamente en éstos planes en los que se pone de manifiesto la actitud que debe asumir el profesional ante las necesidades sociales.

Con el creciente desarrollo de la docencia médica una gran parte de las consultas médicas (entrevistas) constituyen el escenario donde el médico convertido en

profesor brinda su aporte a la formación de los estudiantes, la cumplimentación de los principios de la Ética médica tiene rigurosidad ⁽⁶⁻¹²⁾

Contexto histórico-social en el que se desarrolla la comunicación médico-paciente

El contexto histórico-social en el que se desarrolla la comunicación médico paciente influye en muchos casos y en otros determina la forma en que se produce. No es igual la relación que se produce en una sociedad donde la salud constituye un derecho del pueblo a la que se produce en una sociedad donde los servicios médicos tienen un valor comercial. ^(1, 6-12)

Relación médico-paciente y sus características

Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, y que a su vez está influenciada o determinada por diversos componentes de carácter económico, profesional, jurídico, psicológico, moral, ético y estético. ^(1, 6-12)

El médico para establecer una comunicación eficaz debe:

- Saber escuchar al paciente y ponerse en lugar de él además de sensibilizarse con su dolor.
- Inspirar respeto por su alto prestigio social y responsabilidad.
- Planear sus acciones y tener disposición para la relación de ayuda.

La entrevista médica

Es el encuentro con objetivos médicos del facultativo y el enfermo y constituye el marco temporal, espacial y metodológico donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio de la profesión médica. ⁽¹⁰⁾ La entrevista médica puede producirse en la consulta de un policlínico, en el consultorio del médico de la familia, en el domicilio del paciente, en un cuerpo de guardia del policlínico u hospital o en una sala de hospital, el lugar donde se produce el ejercicio médico asistencial le da a la entrevista matices específicos. ^(1, 6-12)

Las etapas fundamentales de la entrevista son:

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| • La recepción | • El manejo de los complementarios |
| • La identificación | • Información |
| • El interrogatorio | • Imposición de tratamiento |
| • El examen físico | • La despedida |

Problemas actuales de la relación médico paciente

En la actualidad la relación médico paciente (RMP) es muy diferente a la que tenía lugar a principios del siglo XX, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico generalista de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en

la comunidad donde ejercía. Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. ^(11,12) Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. ⁽¹³⁾ Esta situación ha afectado profundamente la relación médico-paciente, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica, y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la relación médico-paciente es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico. Todos estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imagenología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico. ⁽¹⁴⁾ Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la relación médico-paciente en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir. ⁽¹⁵⁾ Toda esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono. ⁽¹¹⁾

En el libro del doctor *Miguel A. Moreno*⁵ aparece una escalofriante cita de *Castillo del Pino*: "Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que sólo se limita a aplicar un conocimiento y que sólo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, otros funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros." ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

En el sistema de salud cubano no existe esta problemática, pero no se puede olvidar que los médicos se nutren de la información científica procedentes de esos países desarrollados y mucha de esta información

está influenciada por las características de su sistema social, pudiendo influir negativamente en su actuación. En la práctica médica se han observado deficiencias en la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico. Por otra parte, cada vez más se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización en forma injustificada ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

La Revolución Científico-Técnica. Su repercusión en la esfera de la salud y en la relación médico-paciente

La Revolución Científico-Técnica (RCT) que empezó a mediados del siglo XX es un salto cualitativo en la estructura y dinámica del desarrollo de las fuerzas productivas, es una reestructuración radical de las bases técnicas de la producción material que se expresa en la transición gradual a la producción basada en la automatización integral con la utilización de los logros más recientes de la ciencia y la técnica. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

La RCT es un fenómeno complejo, un largo proceso histórico, al que le son propias las siguientes peculiaridades: carácter global, internacional, ya que abarca prácticamente a todo el mundo; carácter universal, omnimodo, ya que influye en todas las esferas de la vida social; carácter complejo, puesto que en él se fusionan orgánicamente y se interaccionan los cambios revolucionarios que se producen en la ciencia y en la técnica y que antes en la historia, se efectuaban desunidamente. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Hoy la humanidad vive un momento crucial de su historia por su concepción del mundo, por su actitud y su capacidad para diseñar su modo de vida y asumir una postura ética y solidaria con todas las formas de vida del planeta. Requiere además, de nuevos paradigmas, aceptar el reto y los peligros al que han llevado las contradicciones originadas por un desarrollo no sostenible, irracional, consumista y utilitario del medio. ^(1-5, 6, 8-10, 16-19)

El carácter mercantil y especializado de la medicina hospitalaria se traduciría en la desvalorización de los profesionales ante los ojos del paciente, al renunciar éstos al cuidado personalizado y la responsabilidad pública, individualizable por los resultados de sus acciones de salud. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

La interrelación entre ciencia, tecnología y desarrollo social es quizás la más importante y compleja que pueda plantearse ante los estudios de ciencia, tecnología y sociedad desde la perspectiva de los países subdesarrollados. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

En este contexto, la bioética médica sería impulsada por un movimiento conformado por personas provenientes de grupos sociales con acceso a los servicios de salud. Su objetivo, por tanto, no era el del mejoramiento del estado de salud de la población general mediante el logro de niveles superiores de acceso de éstos a estos (justicia macrodistributiva), sino uno mucho más

limitado; el de proteger al consumidor de las prácticas deshumanizadas que se apreciaban en la prestación de dichos servicios y aspirar a garantizar de este modo su bienestar. ⁽²⁰⁾

Se ha necesitado de la evolución del pensamiento y de hechos concretos acaecidos a través de la historia para arribar y explicar el status actual de la ciencia y la tecnología. ⁽²⁰⁾

La Revolución Científica de los siglos XVI y XVII dio origen a la ciencia moderna y desencadenó procesos de institucionalización y profesionalización de la práctica científica, que tendrían notables efectos sobre la ciencia y su relación con la sociedad en los tres siglos siguientes: ⁽²¹⁾

Los acontecimientos europeos fundamentales que transcurren entre los siglos XV y XIX son: *la Revolución Burguesa, la Revolución Científica y la Revolución Industrial.*

Es preciso tener en cuenta que la influencia de la tecnología sobre la vida humana es compleja, en primera instancia porque siendo como es determinante para el proceso de su desarrollo, sus efectos se extienden hacia numerosos aspectos relacionados, directa o indirectamente, con el nivel de vida de la población, sin embargo el desarrollo desproporcionado y la brecha existente entre los países desarrollados y subdesarrollados hace que este importante componente de la calidad de vida sea una falacia para una gran parte de la población mundial. ^(20, 21)

La médula de la RCT es el desarrollo aventajado de la ciencia y la transformación de esta en fuerza productiva inmediata, y de la propia producción en una aplicación tecnológica consecuente de la ciencia contemporánea.

Ocurre una materialización de los conocimientos científicos recientes, una encarnación de los mismos en elementos materiales de las fuerzas productivas (en la técnica, en la tecnología), en las correspondientes formas organizativas de la producción; los conocimientos científicos se incorporan cada vez más a la actividad de los trabajadores de la producción al ejecutar estas las funciones laborales; la ciencia actúa como base teórica de todos los procesos de producción.

La RCT comporta un cambio cualitativo de la base tecnológica de la producción, de los medios, instrumentos y medios de trabajo, de los métodos y objetos de elaboración; influye en la organización de la producción y de la dirección, supone un cambio considerable del lugar y el papel del hombre en el proceso de producción, de las funciones de los trabajadores; significa la transición del desarrollo extensivo de la producción al intensivo.

La RCT, tanto por su influencia sobre el desarrollo social en general como sobre el desarrollo de las ciencias médicas, ha representado una posibilidad extraordinaria de progreso para el proceso salud-enfermedad en el hombre.

Federico Engels en su carta a Borgius planteó: "Las necesidades de la técnica hacen avanzar las ciencias mucho más que diez universidades, donde se elabora y se enseña en lo fundamental el conocimiento teórico". Al repercutir directamente sobre el contenido y el carácter del trabajo —actividad vital del hombre— la RCT ha tenido influencias positivas sobre la salud humana, pues en cierta medida puede afirmarse que las condiciones de trabajo constituyen la base de salud para el hombre. (16-21)

También la RCT ha transformado la esfera de los servicios en todos sus niveles incluyendo el propio hogar del hombre, ha facilitado muchas actividades cotidianas y por tanto eleva la calidad de vida, ha permitido crear condiciones que facilitan la vida y su desarrollo multilateral acelerado. Se habla mucho de las consecuencias negativas que trae aparejado el desarrollo de ésta: por ejemplo, los alimentos adulterados con sustancias artificiales, incluso tóxicas para el consumo, la frialdad de las relaciones humanas mediadas por la máquinas, también la carrera armamentista, y en general, las tensiones de la vida moderna. (16, 20-25)

Dentro de las dimensiones más importantes que intervienen en la cultura de salud está la participación social, porque la salud y su cultura es un problema de toda la sociedad y de la familia, que tiene una función socializadora como ámbito principal de aplicación de actividad formativa y de prevención. Es la célula básica de la sociedad, constituye un microsistema funcional sujeto a leyes y normas que responden a las necesidades internas del grupo y a su vez refleja la realidad externa.

La enfermedad (individualmente concebida) es un proceso que genera desequilibrio no sólo en la persona enferma, sino que abarca áreas más extensas, incluyendo las relaciones familiares. Cuando aparece la enfermedad, se produce en el ámbito familiar una etapa de crisis no relacionada con circunstancias propias del ciclo de vida de la familia, sino vinculada a causas fortuitas, lo que provoca cambios cualitativos o transformaciones sustanciales en la dinámica familiar, por lo que es necesario contemplar de manera relevante este fenómeno social que se produce a partir del surgimiento de una enfermedad, ya que la salud se enriquece y cuida cuando la enfocan desde el ángulo del grupo familiar. En el plano de la medicina, en el siglo xx se ha conducido a una explosión de desarrollo sin precedente, entre las consecuencias más importantes que han sido resultado del proceso global de la RCT en la medicina están:

- Proceso de super especialización
- Pasiva permeación de la actividad médica por la cibernética
- La biotecnología
- La investigación médica

- La objetivización del diagnóstico médico a través de imaginología y la endoscopia.

Los cambios tecnológicos ha aumentado la brecha existente en la atención médica entre los países más desarrollados y los menos desarrollados. Según los objetivos, formas, estímulos, fuerzas motrices y tendencias fundamentales, la RCT se desenvuelve de distintas maneras en los países capitalistas que en los socialistas, originando consecuencias sociales opuestas por su carácter. En el socialismo la RCT es resultado y necesidad del desarrollo económico-social, crea las condiciones para el desarrollo multilateral del individuo.

En el capitalismo la RCT profundiza las contradicciones entre los imperialistas, endurece la lucha por las esferas de influencia, intensifica la desigualdad del desarrollo económico y político. En el sistema mundial del socialismo crea las premisas para igualar los niveles de desarrollo económico y técnico-científico de los países que lo componen. A ello contribuye la integración económica socialista, el incremento de la especialización y la cooperación de la producción. El desenvolvimiento de los RCT en los países socialistas no se produce espontáneamente, sino de manera planificada y en ella desempeña un papel esencial la actividad consciente de las masas trabajadoras, dirigidas por el partido y el estado.

El empleo de nuevos equipos en la asistencia médica, además de las tradicionales preocupaciones en su aplicación: (eficacia, relación con la ya existente y costo-beneficio) entraña otros como su elevado costo, el consentimiento voluntario a someterse a una tecnología nueva, la relación médico paciente y el perfil médico del futuro.

El alto costo de estas tecnologías encarece la actuación médica sostenidamente en los últimos años y establece el dilema de quiénes deben beneficiarse principalmente de ellas, los que pueden pagar o los que tienen la sintomatología adecuada para su uso más eficaz. Estas técnicas se emplean indiscriminadamente y ocasionan, en no pocos casos, ciertas indisposiciones del paciente que se ve sometido a un procedimiento caro y de resultados poco convincentes o conocidos. El advenimiento de la ultrasonografía, la cámara gamma y la tomografía axial computarizada abrieron el camino de las imágenes como medio diagnóstico en el campo de la medicina. Esta revolución tecnológica ha cambiado la historia natural de muchas enfermedades, pues posibilita que se diagnostiquen precozmente y con mayor precisión, por lo que el enfermo evoluciona más favorablemente con el tratamiento.

Lo común entre ellos es el procesamiento de imágenes por computadoras. Sus consecuencias son incalculables. No sólo han permitido mejorar el diagnóstico, sino también el tratamiento. No obstante puede ocurrir que el uso de las tecnologías no sea el más adecuado. Entre las causas de abuso tecnológico están la motivación de los médicos, desde un noble deseo de ayudar al paciente

hasta un posible afán de lucro. También la reafirmación del prestigio del facultativo en su entorno académico y hospitalario y hasta en ocasiones la fascinación o placer de realizar un nuevo procedimiento.

Es necesario analizar la influencia sensacionalista de los medios de comunicación que impulsan al público a exigir el uso de estas tecnologías "salvadoras" en las que tienen puesta la esperanza muchas veces infundada.

Cuba es un país peculiar dentro del tercer mundo, pero comparte mucho de sus problemas. Si pretendemos evaluar el estado de desarrollo de nuestros países y las alternativas de su desenvolvimiento, resulta obligatorio el análisis de la situación científico tecnológica no sólo por su importancia para el proceso de industrialización, sino también para la transformación cualitativa de todas las esferas de la vida social.

El valor del método clínico

El método clínico o "proceso del diagnóstico", son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consisten en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contratación que, en la mayoría de las circunstancias, aunque no en todas, se realiza a través de análisis de laboratorio, de cualquier tipo que sean. Así pues, los cinco pasos o etapas del método son: formulación, información, hipótesis, contratación y comprobación.⁽¹⁶⁾

El método clínico no es otra cosa que el método científico o experimental de las ciencias, pero aplicado esta vez no a una investigación de laboratorio, sino a la atención individual de enfermos. Como se sabe, en las ciencias hay multitud de métodos particulares diferentes; pero existe un método único, general, universal, que se aplica al ciclo entero de toda investigación, común a todas las ciencias, porque todas tienen una estructura metódica común, que es el método científico o experimental, que fuera elaborado de forma coherente y definitiva por Claude Bernard en su libro *Introducción al estudio de la medicina experimental*, escrito en la segunda mitad del siglo XIX.⁽¹⁶⁻²⁰⁾

Sin embargo, el método clínico ha venido sufriendo un importante proceso de deterioro en los últimos cuarenta o cincuenta años, en el mundo entero y también en nuestro país por la influencia de varios factores, de los cuales los más importantes, aunque no los únicos, son: el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico, vale decir, del componente clínico de la medicina, y la utilización cada vez más irracional y excesiva de la tecnología médica aplicada al diagnóstico.⁽¹⁶⁾

A partir del surgimiento de la revolución científico-técnica en la medicina, en los años 60 del siglo XX, se inició un fenómeno que en la actualidad está planteado

con toda magnitud y urgencia; los componentes clínicos del diagnóstico han ido cediendo cada vez más espacio a la tecnología de los análisis de laboratorio; el sabio y necesario equilibrio entre la clínica y el laboratorio se ha desplazado hacia éste y el método clínico ha entrado en crisis en la mente y el actuar de un creciente número de médicos: muchos médicos apenas interrogan y examinan a sus enfermos, apenas establecen una relación humana con ellos, apenas piensan, olvidando que el abandono de la clínica conduce a la atrofia de las habilidades básicas del médico, desprofesionaliza a la medicina, transformándola en un oficio y a ellos en unos técnicos.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Los rasgos distintivos de la medicina en la segunda mitad del siglo XX que han sido los progresos de la terapéutica, de las ciencias básicas y de la tecnología aplicada al diagnóstico, parecen haber arrojado hacia el borde del camino los atributos seculares del médico y los principios que guiaron el ejercicio de la práctica individual: el interrogatorio, el examen físico, y el razonamiento. Hoy más que nunca la medicina se ha convertido en una mercancía, que impone al médico una conducta ajena a sus esencias y a muchos pacientes una creciente alienación, aunque está por ver si el hombre aceptará ser sometido a esa enajenación.⁽¹⁶⁾

No hay contradicciones entre la clínica y el laboratorio. El uso inteligente y racional de los análisis complementarios no crea ningún problema. El laboratorio, la tecnología, no está fuera, sino dentro del método clínico. La tecnología juega un papel muy importante y muchas veces decisivo en el diagnóstico, porque es capaz de poner en evidencia situaciones allí donde no llega la sensibilidad de la clínica. Los médicos hacemos un uso diario de los análisis y sencillamente no podemos prescindir de ellos. No se trata de pedir una vuelta al pasado, lo cual sería no sólo absurdo, sino además reaccionario.⁽¹⁶⁾

De lo que se trata es de comprender que la clínica no ha muerto ni puede desaparecer; comprender que las etapas del método clínico están unidas entre sí como los eslabones de una cadena, que cada etapa depende de la precedente y guía a la que viene después y que en el método científico universal de las ciencias, la información y la elaboración de hipótesis viene antes de la contratación, lo que quiere decir que la buena relación con el enfermo, el interrogatorio y el examen físico son imprescindibles para la elaboración de una o varias hipótesis diagnósticas y que sólo sobre la base de estas hipótesis debe ser indicada, de manera inteligente y racional, la tecnología médica diagnóstica que habrá de confirmarnos o rechazarnos el diagnóstico.⁽¹⁶⁾

Hace más de 150 años, Carlos Marx se refirió a todo este problema al escribir en *El capital* sobre lo que él denominó entonces "el fetichismo de la mercancía", y escribió que los hombres habían hecho a la mercancía objeto de una adoración casi religiosa. "Ellos, los creadores —dijo— han terminado por rendirse ante sus

criaturas; los productos de su cabeza han terminado por apoderarse de sus cabezas".^(16, 20) Marx escribió en la época de ascenso del capitalismo, cuando, producto de la revolución industrial acaecida en Inglaterra y extendida luego a todo el continente europeo, se asistía a un crecimiento nunca antes visto por la humanidad de la producción de mercancías.

Hoy, el fenómeno se manifiesta a una escala mucho mayor. El fetichismo de la mercancía se ha transformado en el fetichismo de la tecnología, generando en muchas mentes falsas ilusiones. Y si a una escala social ello ha conducido a la ilusión de que basta con la ciencia y la tecnología para dar solución a los problemas del hombre y de la humanidad, prescindiendo de la voluntad política y del sistema social, a una escala médica ha conducido a la ilusión de que basta con la tecnología médica (diagnóstica y terapéutica) para dar solución a los problemas del paciente, prescindiendo de la clínica y su método. "El médico moderno —ha dicho el profesor mexicano Ainich— ha dejado de ser el amo de la tecnología, para convertirse en su servidor". "La sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima", ha escrito el Profesor Bernard Lown, Premio Nobel de Medicina.^(16, 20)

La medicina clínica (que es la parte práctica de la medicina) se apoya en el método clínico. Prescindir de él, violentarlo, conduce a que se cometan errores a diario, no pocos de ellos graves. La medicina clínica es una disciplina situada en la interfase entre la ciencia, las necesidades humanas y las humanidades y tiene aspectos que son transcendentales y requerimientos que no pueden ser aportados sólo por la ciencia, sino que tienen que ser incorporados en el evento clínico, en esa transacción esencialmente personal entre el médico y su paciente, sin quebrantos ni orientación humana. La relación entre el médico y su paciente no puede ser una relación de silencio medida sólo a través de resultados de análisis.

Siendo *homo sapiens*, los médicos deben usar racionalmente la tecnología, no indicar análisis y análisis, en la esperanza de que estos les den el diagnóstico y le resuelvan todos los problemas. La tecnología no sustituye a la clínica, la complementa. Oponerse a la tecnología es igualmente irracional, porque su aparición y desarrollo constituye uno de los hitos que oponerse es al intento de convertir la práctica de la medicina y la relación médico-paciente en una deshumanizada e impersonal relación "médico-aparato" o "paciente-aparato", altamente tecnificada y deslumbrante, pero despojada en gran medida de sus atributos humanos, que es lo que está pasando en la actualidad.^(16-20, 21, 22, 23-31)

El nuevo paradigma médico social

Vivimos tiempos de cambios en todas las esferas de la vida social. Desde el siglo pasado, ha existido un impresionante desarrollo de la ciencia y la tecnología,

por el adelanto y el dominio que ejercen los medios de comunicación y por la extrema polarización e ideologización de todos los aspectos de la sociedad, todo este desarrollo de la ciencia nos lleva necesariamente a ver la medicina desde otro enfoque.^(16-20, 21, 22-31)

En el caso que nos ocupa, la medicina está viviendo un proceso de cambio de paradigma, el paradigma biologicista está cediendo su espacio al paradigma social.^(16-20, 21, 22,-31)

Las bases teórico-filosóficas de este nuevo paradigma médico social es necesario buscarlas en el pensamiento humanista de finales del siglo XVIII que sentó los fundamentos de una concepción del hombre que inicia un alejamiento de las posiciones biologicistas que prevalecían en aquel momento, fue dentro de este pensamiento que comienza a valorarse el papel del medio social en el desarrollo del individuo, aunque su tratamiento fue insuficiente.⁽²⁰⁾

El pensamiento marxista que se desarrolla en la segunda mitad del siglo XIX, aportó un elemento de capital importancia cuando Marx descubre que la esencia humana es necesario buscarla fuera del individuo, que ésta no era algo abstracto, ni era inherente a cada individuo concreto, sino que era el conjunto de las relaciones sociales en que vivía y desarrollaba su actividad este individuo.⁽²⁰⁾ El análisis del hombre desde la perspectiva que brinda su esencia social, aportó un elemento metodológico imprescindible para la comprensión del ser humano como totalidad concreta, eliminándose la dicotomía alma-cuerpo que tan recurrente era la literatura del siglo XVIII y principios del XIX. La cuestión de la relación de lo biológico y lo social en el hombre pasa a ser no solo un problema estrictamente filosófico sino el problema filosófico-metodológico fundamental de ciencias médicas.⁽¹⁶⁾

La idea de la subordinación de lo biológico a lo social en el hombre, se constituye en un momento medular de la higiene social que domina el pensamiento médico-social que se desarrolla en los países ex socialistas de Europa y en Cuba después del triunfo de la revolución, aunque esta subordinación es únicamente esencial pues se comprende el papel de los factores biológicos en el proceso salud-enfermedad.⁽¹⁶⁾

Esta posición filosófica condujo a la introducción de un grupo de conceptos en el campo de los estudios médicos-sociales tales como "modo de vida" que Marx lo define como el modo en que los hombres producen y reproducen su vida, por tanto un modo de manifestar su actividad, mientras que en el pensamiento médico-social contemporáneo se analiza a través de influencia de todo el sistema de relaciones sociales, económicas, culturales sobre el proceso salud-enfermedad.⁽¹⁶⁻²³⁾ Otros conceptos muy utilizados dentro de la literatura que nos ocupa son "estilos de vida", "condiciones de vida", "calidad de vida" y otros tantos que de alguna manera parten de la valoración del papel de la actividad humana

dentro del proceso salud-enfermedad como un proceso sistémico y complejo. ^(16-20, 21, 22-31)

Nuestra medicina es heredera de la concepción hipocrático-occidental que tiene como sustento teórico, la concepción biologicista del hombre, lo que conduce a una práctica eminentemente curativa y paternalista de la medicina, sin embargo este cambio de paradigma está dando pasos hace más de 200 años con la teoría de Jean Peter Frank donde en 1790 hace la siguiente aseveración: "Debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir, el rico y el pobre tienen padecimiento peculiares bajo cualquier forma de gobierno". ⁽²³⁻³¹⁾

En el siglo pasado aparecen todo un conjunto de conceptos tales como: policía sanitaria, higiene social, patología social, higiene pública, que fueron evolucionando hasta Alfred Grotjan, médico alemán y pionero en la utilización de los elementos de antropología social en la medicina, en la valoración de la dimensión social y cultural de la enfermedad, en la utilización de las estadísticas, la economía y la sociología quien sustentó las bases que le permitieron a Rudolf Virchow en 1849 afirmar rotundamente que "la medicina es una ciencia social", solo que estos elementos fueron aspectos aislados que no provocaron cambios radicales en la teoría y la práctica médica. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Hoy vivimos una verdadera revolución en la medicina, el paso hacia un enfoque social provoca un cambio en todos los elementos que componen el amplio espectro de la medicina.

Este nuevo paradigma provoca cambios en la propia concepción de la medicina, esta deja de ocuparse de la enfermedad, del hombre enfermo o de la salud y se convierte en una ciencia integradora donde se incluyen elementos fisiológicos o biológicos en general pero todo visto a partir del ángulo de lo social. ⁽²¹⁾ La medicina deja de ocuparse de curar enfermedades o restablecer la salud para tener como funciones esenciales, la prevención y la promoción de salud. Provoca además cambios en el concepto de salud y en el de enfermedad vistos desde una perspectiva social. ⁽¹⁶⁻²⁰⁾

Cambios en el objeto de la práctica médica; si antes era el hombre enfermo, ahora por el contrario el objeto de la práctica médica es el hombre sano, y más aún, la familia, la comunidad o la sociedad, cuando estas no funcionan de un modo tal que favorezca a un clima saludable, pues el hombre nace, vive y muere en contacto constante con el medio social que los rodea y cualquier alteración en el mismo puede desencadenar trastornos en su salud, es por ello que al estudiar las causas de su enfermedad en el hombre tenemos que tener en cuenta su ambiente macro social y micro social, además, no tan sólo estudiar y analizar al "enfermo" sino, por el contrario, ver todo lo externo que pueda afectar al hombre sano, ya que quizás eliminando estas fuerzas externas podríamos disminuir la cantidad de

personas sanas con influencias negativas de la familia, la comunidad y la sociedad. ⁽²³⁻³¹⁾

Otro cambio importante que se deriva del anterior es el cambio en el sujeto de la práctica médica; si el objeto cambia, el sujeto, por ende, también, el médico deja de ser el centro de la solución de los problemas de salud, el único decisor, el más capacitado para integrarse a un equipo de salud, los cuales participarán activamente en la evolución y mejoramiento de la salud de la población, integrándose además a este equipo la comunidad y la sociedad, dejando de ser entes pasivos de este proceso para convertirse en sujetos activos de la práctica médica, lo que se logra con la participación activa en la identificación y resolución de los principales problemas de salud de la comunidad. ⁽²⁵⁻³⁰⁾

Todo esto trae consigo cambios en la relación sujeto-objeto o relación médico-paciente, pues ya el médico no es el único que decide sino por el contrario existe mayor participación en la toma de decisiones, todo esto puede traer asperezas en esta relación o demasiada compenetración, pero creo que a raíz de todo esto debe permanecer lo que dice el juramento neohipocrático de Ginebra: "Consideraré la salud de mi paciente como mi preocupación primera", y añade, "Ejerceré mi arte con conciencia y dignidad", es decir que las obligaciones del médico hacia su paciente son invariantes, aún cuando esta relación puede estar afectada por cambios en la concepción de la medicina, cuando el paciente dejó de existir como paciente en el sentido estricto de la palabra, el paciente es la familia, la comunidad y la sociedad y no el individuo concreto. ^(16-20, 22, 23-31)

Esta última idea nos plantea la necesidad de precisar que independientemente de todos estos cambios que el nuevo paradigma médico impone, los fundamentos éticos de la relación médico-paciente como base de la práctica médica, se mantienen intactos, tanto en sus principios esenciales como en las manifestaciones concretas de esta relación.

En el desarrollo de este cambio de paradigma han surgido una serie de conceptos que se avienen muy bien a esta nueva concepción de la medicina tales como medicina popular, medicina social, etnomedicina, medicina comunitaria, medicina familiar, etcétera, de las cuales no nos hemos propuesto aclarar sus definiciones pero deducimos que su objetivo central sea el mismo para todos, llevar la asistencia sanitaria hacia toda la comunidad, con la participación activa de la misma, en este mismo sentido se mueve el sistema de salud cubano regido por una serie de principios que guían el quehacer médico, observándose que en cada uno de ellos está presente el enfoque social de la medicina; ellos son. ⁽²³⁻³¹⁾

- Carácter estatal y social de la medicina.
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios.
- Orientación profiláctica.
- Aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia

y la técnica.

- Participación de la población.
- Colaboración internacional.

La atención primaria de salud es la base del sistema de salud cubano y está definido desde 1978 en la conferencia internacional sobre asistencia en Alma-Atá y no es más que "la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria de salud, a la vez constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad". ^(10-15, 26, 27)

Todo este análisis no lo podemos hacer solamente de forma teórica, pues aunque en nuestro país desde el punto de vista político y estructural este cambio se ha dado, un cambio de paradigma no es solo un cambio en la teoría, en la política o en los mecanismos sociales, es a la vez un cambio de pensamiento, un cambio de esquemas mentales donde el elemento de conservación es a veces mucho más fuerte, es decir, se puede cambiar políticas, reglamentos, disposiciones pero de la misma manera no se pueden cambiar "estilos de pensamientos". ^(10-15, 26, 27-31) Este cambio de pensamiento es hoy sumamente importante pues, si bien el desarrollo de la tecnología médica nos brinda posibilidades insospechadas hace pocos años sobre todo en el campo de los medios diagnósticos y la producción de fármacos también trajo consigo grandes peligros. ^(15, 16, 26, 27-31)

El primer lugar este desarrollo tecnológico puede conducir a una concepción tecnocrática de la práctica médica, cuando se sobrevaloran las posibilidades de la

tecnología, pues esta se convierte en un elemento mediador entre el paciente y el médico, lo que deshumaniza a esta relación, la mecaniza, la despoja de su contenido espiritual con lo que se pierde la esencia misma humanista y social de la medicina. ⁽²⁷⁻³¹⁾ Por otra parte, en la literatura se reconoce como esta tecnocratización de la medicina, conduce a la práctica mercantilista y pragmáticas lo que también está reñido con el sentido humano de esta profesión.

Estos peligros mencionados no pueden superarse sino a través de un cambio en el estilo de pensamiento, el paradigma social a de afianzarse no solo sobre la base de diseños de políticas o elaboraciones teóricas, es preciso acciones sistemáticas en todos los sentidos, desde la formación curricular hasta la actividad profesional que conduzcan a dar el lugar primordial a los aspectos éticos y humanísticos. La medicina no es una ciencia técnica, como tampoco es una ciencia natural, lo técnico y lo natural (biológico) ha de estar mediados o marcados por un contenido social. ^(15, 16)

CONCLUSIONES

1. La comunicación constituye un proceso fundamental para el desarrollo de una relación médico-paciente eficaz.
2. El médico debe perfeccionar constantemente sus habilidades comunicativas y actuar siempre de acuerdo a los principios de la ética.
3. Los aspectos comunicativos en la relación médico-paciente son esenciales para la educación del paciente con respecto a sus problemas de salud.
4. El modelo de relación médico-paciente debe ser contextualizado y enseñado a nuestros estudiantes con un enfoque integral e histórico-cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Acosta R. Glosario de bioética. Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASH017f.dir/doc.pdf>
2. Borràs Andrés JM, Berkow R, Sánchez Martínez F, Segura A. Impacto de la información sobre salud en la relación médico-paciente y en la salud pública [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
3. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA 1994; 272: 1619-20.
4. Peña A. Medicina y filosofía. Investigación biomédica y problemas epistemológicos. Revista Observaciones Filosóficas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. 2005; 66(3): 62-71.
5. Saa D. Relación médico paciente. Rev. Colombia Médica. 2008; 39 (3): 44-7.
6. Borrell Carrió F. Manual de Entrevista Clínica para la Atención Primaria de Salud. Barcelona, España: Doyma; 1989.
7. Kilo Ch. M, Endsley S. As Good As It Could Get: Remaking the Medical Practice. A national initiative may forever change the way medical practices operate. Isn't it about time? [en línea] [20/06/2000]. Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/20000500/48asgo.html>
8. Gilbert TT, Taylor JS. How to Evaluate and Implement Clinical Policies Here are step-by-step methodologies to help you select the right clinical policies and actually change practice with them. [en línea] [20/06/2000] Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/990300fm/28.html>
9. Gorrita Pérez R. La relación médico paciente en la sociedad actual: autonomía, integridad y consentimiento informado. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2008; 14(1): 12-21.
10. Carrera JM. Evolución de la relación médico paciente [monografía en línea]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires;

2006. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/médico-paciente.shtml>.
11. Gilbert TT, Taylor JS Where to Look for Good Clinical Policies . Doctors increasingly need to know how to find, evaluate and implement clinical policies. Our duty begins with this first of two articles. [en línea]. Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/990200fm/28.html>
12. Alonso González M, Kraftchenko Beoto O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev Cubana Educ Med Super [serie en Internet] 2003 [acceso 15 ene. 2007]; 17 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412003000100004&script=sci_arttext&lng=es
13. Gehner M. Communication for better global health [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
14. Silver E. La información de los sistemas sanitarios y de los pacientes [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
15. Sánchez Caro J. Los modelos de información sanitaria a las puertas de un nuevo milenio [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
16. Moreno Rodríguez MA. Ética, tecnología y clínica. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu12406.htm
17. Bernal Lechuga L M. La problemática actual en la relación médico-paciente. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/vi/3/ensayos/actual_relacion_medico_a.htm
18. Borrás Andrés JM, Berkow R, Sánchez Martínez F, Segura A. Impacto de la información sobre salud en la relación médico/paciente y en la salud pública. [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
19. Rodés J, Trilla A. Calidad de la información sobre salud: las fuentes: Los investigadores. [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
20. Marx C. El capital. t. 1. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1979.
21. Polledo JF. Calidad de la información sobre salud: las fuentes. La Administración sanitaria [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
22. Castro Beiras A. Calidad de la información sobre salud: las fuentes: Las sociedades científicas [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
23. De la Serna JL, Dominici L, Fernández Rúa JM, De Semir V, Revuelta G. Medios impresos de transmisión al público [en línea]. Disponible en: <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
24. Flanagan A. La globalización de la información sobre medicina y salud. [en línea] [20/06/2000] <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
25. Pérez Cicili A, Vidaillet Calvo EC, Carnot Pereira J, Duane Machado OJ. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. (seriada en línea) Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(6). Acceso: 27 ene 2007 Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi06603.htm
26. González Menéndez R. La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
27. Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mansiones M. Physician Empathy: definition components, measurement and the relationship to gender and specialty. IS J Psychiatry. 2002; 159:1563-9.
28. Rodríguez silva H. La relación médico-paciente. Rev. Cubana Salud Pública 2006; 32(4): 34-41.
29. Bascuñán RM. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2005 Ene [citado 2009 Oct 13]; 133(1): 11-16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000100002&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872005000100002
30. Horwitz N. El cambio en la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. Rev Méd Chile 2004; 132: 768-72.
31. López Martínez M. Virtudes y ética en la práctica clínica. Bioética. ene.-abril. 2009. Disponible en <http://www.cbioetica.org/revista/91/912427.pdf>