

FRÓNESIS

Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política
Instituto de Filosofía del Derecho Dr. J.M. Delgado Ocando
Universidad del Zulia. ISSN 1315-6268 – Dep. Legal pp. 199402ZU33
Vol. 29, N° 3, 2022: 205-233



El Acto Médico Situado en la Región Latinoamericana

Camilo Andrés Vargas

Universidad Cooperativa de Colombia

camilo.vargasma@campusucc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0003-0993-358X>

Resumen

Este artículo es producto de una investigación cualitativa dentro de la disciplina bioética, que buscó establecer cuáles son los criterios aceptados en la ejecución del acto médico en la región Latinoamérica, queriendo determinar las principales tendencias y teorías aplicables dentro de la construcción de la relación Médico-Paciente. Para lo cual se construyó una matriz como instrumento de registro y categorización documental, desde un enfoque descriptivo, para emplear un método deductivo, desarrollando una revisión sistemática de acuerdo con una pregunta de investigación, para establecer los elementos necesarios para proveer el acto médico desde de una orientación disciplinar. Lo que permitió que el nexo de las evidencias arrojara los criterios y elementos aceptados y aplicados para el acto médico latinoamericano en la actualidad, como también la definición y origen de estos, donde se detecto la relación entre el criterio de la enfermedad con los conceptos de fragilidad humana y bien integral humano. Consumando que el ser humano y el acto médico son el centro de la profesión médica y del ejercicio médico respectivamente, por lo cual se debe priorizar una relación social y comunicativa entre las partes, donde se maximice el interés por aliviar el sufrimiento del otro.

Palabras clave: Acto médico, relación Médico-Paciente, Médico, Paciente, enfermedad

The Medical Act Situated in the Latin American Region

Abstract

This article is the product of a qualitative research within the bioethical discipline, which sought to establish which are the accepted criteria in the execution of the medical act in the Latin American region, wanting to determine the main trends and theories applicable within the construction of the Doctor-Patient relationship. For which a matrix was built as an instrument of registration and documentary categorization, from a descriptive approach, to use a deductive method, developing a systematic review according to a research question, to establish the necessary elements to provide the medical act from a disciplinary orientation. This allowed the nexus of evidence to show the criteria and elements accepted and applied for the Latin American medical act at present, as well as the definition and origin of these, where the relationship between the criterion of the disease with the concepts of human fragility and human integral good was detected. It was concluded that the human being and the medical act are the center of the medical profession and the medical practice respectively, which is why a social and communicative relationship between the parties should be prioritized, where the interest in alleviating the suffering of the other is maximized.

Keywords: Medical act, Physician-Patient relationship, Physician, Patient, disease

Introducción

El acto médico es el centro de la profesión médica, así se plantea la primera novela de ficción histórica de la trilogía de N, Gordon (2012); narración donde el joven londinense Rob J. Cole, conoce a “Avicena” [Ibn Sina] en la ciudad persa de Isfahán, que a través de relatos desarrolla y expresa el detalle de que la persona que acude al Médico, no se transforma en el Médico, porque esta persona conserva siempre su idiosincrasia, cosmovisión, prejuicios, a partir de su realidad, lo que es determinante para el acto médico, y variara de acuerdo a cada personas y dependiendo del lugar

geográfico donde el Médico desarrolle su labor, lo que puede producir disímiles resultados, positivos o negativos; esperados o sobrevenidos. Precisamente en la realidad del ejercicio de los profesionales de la salud, los enfermos a veces pueden salvarse o en ocasiones morirán por el tratamiento (Beca, Ortiz, & Solar, 2005).

Desde esta óptica, el centro de la profesión médica es el ser humano; el Paciente que busca la ayuda para mejorar su salud, para prevenir o detectar una disminución de la calidad de esta y no la enfermedad (Jovell, 2004), concepto que debe entenderse por el profesional en salud para evitar el daño o error en el acto médico, que concatena con la orientación que viene desde Avicena, donde se privilegia la relación Médico-Paciente, siendo la confianza la base de esa relación (Lorient, 2009). De tal forma que, en esta relación el Médico siempre se ha necesitado conocer mejor al Paciente, para fortalecer la relación, ganar su confianza y que sea buena (Gómez & Zuluaga, 2013).

Por lo cual, es importante entender que al acto médico se orienta a satisfacer a la persona que se determina como el Paciente, vocablo que vienen del latín "patiens", que se refiere al que padece (Aguilar, 2019), que se podría confundir con el termino paciencia, segundo vocablo con origen en el latín "patientia", el cual no se refiere a la capacidad de esperar, sino a padecer o soportar alguna cosa sin alterarse en ello (RAE, 2022). Razón por lo cual, se debe decir que el Paciente es el que sufre calladamente, mientras el impaciente, no tiene paciencia (Pino & Hernández, 2008). De tal forma que el Paciente es la persona que padece mental, corporal o físicamente, requiriendo la atención de una persona formada profesionalmente para su atención, instruido en el ámbito médico y validada socialmente para ejercer la medicina.

En esta orientación se observa la diferencia entre el profesional Médico y figuras como el chamán o curandero, que aparecen desde el principio de la historia humana, muy afianzadas en la cultura prehispánica, teniendo en común la existencia de un interés por el enfermo y la enfermedad (Correa, 2022). Que al igual que en otras regiones del planeta, en distintos momentos de la historia, surgieron personas que se ocupaban de los enfermos y

buscaban sanar o curar a las personas que sufrían (Láin, 1964). Así que, tanto el Médico como el chaman deben buscaran construir una relación con la persona que padece a causa de una afectación en su salud, que, a partir de los desarrollos en la medicina occidental con el ejercicio sanitario, se concretó en el proceso de la entrevista médica, en la cual la construcción de la relación Médico-Paciente, se presenta de gran importancia.

De tal forma que, el inicio de la mencionada construcción de la relación Médico-Paciente dentro del el acto médico, es el proceso de entrevista médica, que tiene dos fases generalmente aceptadas que son: primero una fase exploratoria de edificación de la relación, donde se da un encuentro inicial, luego se obtiene información y finalmente se realiza un examen físico, para luego pasar a la fase resolutive. Esta segunda fase se provee de una estructura de razonamiento clínico, para después dar la explicación y planeamiento, para al final cerrar el encuentro entre las dos personas; el Médico y el Paciente (Cid, Carvajal, & Freiria, 2008). Lo anterior mencionado se presenta en el Cuadro No.1, donde se observa la transversalidad de las fases y sub fases.

Cuadro No.1. Descripción de las dos fases del proceso de entrevista médica

Proceso de entrevista medica			
Fase exploratoria		Fase resolutive	
Construir una relación		Proveer estructura	
1	Iniciar el encuentro	1	Razonamiento clínico
2	Obtener información	2	Explicación y planeación
3	Examen físico	3	Cerrar el encuentro

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo de Martín y Cano.

Tal como se presentó en el cuadro No.1, existen dos fases transversales durante el proceso de entrevista médica, el primero es proveer una estructura y el segundo construir una relación, dentro del cual existen una serie de sub fases (Martín & Cano, 2000) las cuales son: el iniciar el encuentro entre el médico y el paciente; efectuar un razonamiento clínico; obtener información del paciente; dar explicación de detalles y efectuar la planeación; desarrollar

el examen físico por parte del médico al paciente; y el cierre del encuentro entre las partes. Las dos fases transversales (resolutiva y exploratoria) son el núcleo para proveer una estructura en el acto médico y construir la relación Médico-Paciente, por lo cual son importantes y determinantes para la obtención de resultados y sus consecuencias (Martín, Cano, & Gené, 2019, págs. 58-59). Por lo que se debe tener presentes la integración de algunas componentes como la capacidad de contención emocional que debe tener el Médico y como debe tener la intención por aumentar la autoestima del Paciente, siendo capaz de ubicar la demanda que expresa en el proceso biográfico del Paciente, para “dar una visión integradora de los distintos problemas que aquejan al Paciente” (Borrell & Carrió, 1969, pág. 59).

Como se observa, la nombrada construcción de la estructura, se inicia cuando se da el encuentro con el Paciente, que es una persona (Cabrera, 2005) que ha percibido un problema y busca al Médico para que este le pueda dar solución a esa dificultad. Ese problema aún indeterminado que apreció el Paciente y que le indica la necesidad de buscar aun profesional de la salud, contendrá siempre elementos culturales, especialmente distintos en al ámbito latinoamericano, porque en nuestra región la persona que siente que tiene un problema en su organismo buscara una persona que socialmente se sabe que tiene características por las cuales le podrá ayudar. A continuación, se mencionarán tres características con las que debe contar un Médico, que se establecieron producto de la revisión sistemática de literatura, las cuales son:

El tener interés por el sufrimiento del otro

Esta viene a ser la característica más importante que debe tener un Médico en Latinoamérica, porque él Médico debe tener interés en el sufrimiento del otro y debe querer reducirlo (Plata, Leal, & Mendoza, 1997), de lo contrario no se podría construir una relación con el Paciente. Ya que como expresa Balint, el Médico es el primero de los medicamentos, razón por la que se debe procurar que el primer contacto del Médico con el Paciente sea, además técnicamente adecuado, acogedor, comprensivo; en definitiva, terapéutico (1971).

El cuestionarse y se preguntarse qué le sucede al Paciente

Muchas personas pueden interesarse por el sufrimiento del otro, por ejemplo, si es un familiar o amigo cercano, pero el Médico en distinta forma generara, unas hipótesis sobre el caso concreto que conoce a partir de sus conocimientos (Martínez, 2018). Esta hipótesis dependerá de la cosmovisión de la realidad que tenga el Médico, según la visión de lo que es el hombre en ese momento histórico, lo cual a su vez determina el modelo médico imperante, que, a la vez, dará lugar a la orientación de la hipótesis que se emita.

El contar con una validación social

Sabemos que, siempre e históricamente ha existido una forma de validación social de quien cura, la cual ha merecido el reconocimiento de los individuos que conforman la población en un lugar determinado, ya que, si bien el Médico en ejercicio, ya ha pasado y superado por un proceso de formación profesional universitario, obteniendo un título y una tarjeta profesional que lo acreditan como profesional y lo autorizan como tal, permitiéndole ejercer su profesión (Uribe, 1982). Pues luego la sociedad validara estas condiciones con determinadas acciones o comportamientos.

La estructura anterior dilucidada en un proceso que esta mediado por la comunicación, en el cual el Médico debe demostrar el problema y comprobarlo a través de un proceso de razonamiento, para obtener una clasificación del problema que arrojara el diagnostico, del cual finalmente se le planteara una solución al Paciente, que es lo que este último busco inicialmente (Musso & Enz, 2006).

Como vemos, de acuerdo al párrafo anterior podemos expresar dos cosas, la primera que en la región latinoamericana entender la cosmovisión tanto del Médico como del Paciente es fundamental para la ejecución del acto médico. La segunda que, el acto médico es principalmente un acto comunicativo, razón por la cual el profesional Médico debe ser un experto en comunicación para lograr entender el problema que manifiesta el Paciente y resolverlo (Casadiegos, 2008).

Así mismo hay que concebir al ser humano que consulta al Médico en sus seis dimensiones: física; sociopolítica; cognitiva; emocional; lingüística; espiritual. Dimensiones que están permanentemente actuando frente al contexto familiar, social, laboral, que vienen a ser condicionamientos que se deben tener presentes para lograr el objetivo del acto médico (Martínez M. M., 2009). Por ello, es importante mencionar, que toda relación humana es comunicativa, pero; el acto médico es una relación social y comunicativa, que tiene una estructura con objetivos particulares, por lo cual una entrevista medica necesita un flujo de información (Cófreces, Deborah, & Dorina, 2014), que de no darse no obtendrá eficiencia en el manejo del tiempo y no conseguirá el diagnostico necesario, razón de que el Médico debe hacer una transición adecuada de una fase a la siguiente y con la secuencia indicada y en los tiempos previstos.

La valoración de la historia clínica dentro del acto médico en la región latinoamericana

Dentro del acto médico, un elemento también importante para el proceso de la entrevista medica es la historia clínica, que se ha definido como: “... *un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del Paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención...*” (Minsalud Col, 1999, Art 1).

De acuerdo a esta conceptualización en la elaboración y registro de la historia clínica, la entrevista medica y el acto médico se reconoce y aplica el respeto a la autonomía y la responsabilidad individual del Paciente (UNESCO, 2005, Art 5), razón por lo que en la transformación del concepto de historia clínica que tiene un poco más de ciento veinte años de existencia (siendo implementado desde la medicalización de hospitales) cuando se inició a elaborar registros escritos de los procesos, procedimientos y actividades frente a un Paciente.

De esta forma, observando la conveniencia de su implementación ha llegado hasta la actualidad, como parte del acto médico. En tal sentido, hoy

día en la historia clínica se deben registrar cronológicamente las condiciones de salud del Paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (Lawrence, 2014), donde se debe reflejar todo lo que se conversa y comunica entre Médico y Paciente (Lamata, 1998).

En efecto, el acto médico en el caso latinoamericano no puede darse nada en absoluto que no se registre en la historia clínica, siendo un documento que pertenece al Paciente y las Instituciones y profesionales de la salud, quienes actúan como guardianes del mismo (Barreto, 2000), ya que además de que el Médico debe registrar en la historia clínica todo cronológicamente ya sea físico o electrónico, para efectuar y análisis que provean el diagnóstico, también podrá comunicarse con otros profesionales de la salud a través de este documento, quienes pueden haber actuado frente al Paciente o manifestado un diagnóstico anterior, simultáneo, o un control posterior. Que es lo que servirá de soporte legal por acción en el acto médico, por lo cual este documento viene a ser el soporte de la atención en salud, teniendo función auditoria y para de control de la calidad de la atención sanitaria (Luna, Soriano, & González, 2007).

Por esta misma razón la historia clínica tiene una obligatoriedad de registro para todas las personas que dentro de un ámbito sanitario tenga contacto con un Paciente, como pueden ser los auxiliares, técnicos o profesionales de la salud, quienes están deben efectuar dentro del documentos físico o electrónico todo lo que sucede, como son: "...sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución" (Minsalud Col, 1999, pág. Art 4).

Asimismo, esta misma obligación de los mencionados profesionales de la salud, debe darse de forma concisa y legible, con palabras claras y bien escritas, que, con el desarrollo de la ciencia, la técnica y la tecnología, en la actualidad y en el futuro se dará de forma cada vez más sistematizada, aplicando los mismos conceptos de acuerdo al contexto (Serna & Ortiz, 2005).

La relación Médico –Paciente como elemento central del acto Médico

Dentro del inicio, desarrollo, final y responsabilidad posterior del acto médico, con el fin de lograr sus objetivos se debe construir una relación lo que a la vez es una competencia central del mismo, para lo cual se tiene que concretar en forma esencial dos elementos, los cuales se describen a continuación. Estos son los siguientes.

Un comportamiento verbal adecuado

En el acto médico es necesario generar una conexión humana que se hace por medio de la comunicación entre el Médico y el Paciente, la cual tienen un componente verbal y uno no verbal, siendo el segundo el menos consciente, pero central para lograr el objetivo de la conexión, por lo que se debe implementar y desarrollar “rapport” por parte del Médico (Salazar, Concha, & Pastor, 2016). El “rapport” será significativo para generar interés emocional y psicológico entre las partes, lo que arrojará un mejor resultado.

Un involucrando del Paciente en su proceso

El segundo elemento fundamental para construir una relación Médico-Paciente en el acto médico es integrar al Paciente en el proceso, para que no pase a ser un sujeto pasivo que solo responda las preguntas que se le formulan por parte del profesional de la salud. De tal forma que se recaba el énfasis en la persona y el enfoque en que sea un sujeto activo dentro del proceso de su enfermedad, a la vez empoderado la desde el liderazgo profesional del Médico, a lo cual se puede traer la siguiente afirmación: “el buen medico trata la enfermedad, pero el gran medico trata la persona que tienen la enfermedad” (Young, Finn, Bruetm, Emery, & Buzzi, 2012), lo que bien enlaza con lo que se ha planteado por varios investigadores al observar la importancia de conocer a su Paciente, al expresar que, “es mucho mejor saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad que, qué clase de enfermedad tiene un paciente” (Gil, 2012, pág. 1). Lo afianzado anteriormente enfatiza dos particularidades de este segundo elemento de la construcción de la relación del acto médico a saber; claridad de que se da tratamiento médico a una persona, y conocer esa persona. Teniendo este

individuo el respeto a su autonomía y una responsabilidad individual a partir de lo cual se debe autodeterminar y ejercer una libertad responsable orientada a la preservación y la mejorar de su salud, de cara a sus condiciones materiales de vida.

Los dos elementos anteriormente mencionados clarifican que el objetivo del acto médico no es la enfermedad, sino el ser humano que tiene la enfermedad, por lo cual el profesional de la salud en la disciplina medica se debe preguntar si, ¿él es el profesional de la enfermedad o de la persona? (Espinosa, 2017), ya que el devenir contemporáneo puede haber llevado a que los Médicos se centren más en la enfermedad, tal vez, en razón del modelo disciplinar predominante ha sido el de la medicina basada en la evidencia (Straus, Haynes, & Richardson, 2005). Mismo modelo de la medicina occidental dentro de la cual existen tres pilares al mismo nivel, que son la evidencia, el Médico y el Paciente (Sacristán, 2013).

De todos modos, la evidencia no es dogma y no es una verdad revelada porque puede tener sesgos y conflictos de interés en determinados casos, y, como hemos dicho la evidencia es un apoyo fundamental en la medicina, pero tiene otros dos pilares significativos que son: el Paciente con su historia de vida, su sufrimiento y narrativa particular, y el Médico que ha desarrollado un juicio clínico y capacidad para razonar de acuerdo al problema que se le presenta (González, Boso, Subtil, De Antonio, & Godoy, 2017).

Al mismo tiempo podemos decir que en la región latinoamericana y como derivación en Colombia, la medicina a través de sus doctrinarios a querido fortalecer su rigor científico, siendo más ciencia que profesión o disciplina, y precisamente bajo la ciencia el rigor es descubrir una respuesta que se emite por medio del método científico, donde es sumamente importante que se retome el entendimiento de la medicina como arte (hermenéutica; incertidumbre; individualidad) y ciencia (método científico; verdades absolutas; certeza), de la misma forma que la respuesta ya no se entiende desde el rigor científico sino desde la relevancia (Rillo, 2006), por ello podemos manifestar que en el arte medico la respuesta frente a la problemática de un Paciente no se descubre sino que se decide. Es decir que

esta decisión se da en el acto de comunicación con el Paciente, porque hay cosas que no se pueden descubrir desde el rigor científico, sino que se deciden por parte del Médico en comunicación con el Paciente, donde se mezcla el arte con la ciencia para balancearse, en medio de lo cual se encontrara la práctica médica, en la que está la comprensión de cada ser humano (Moreto, González, & Craice, 2014).

Por ello, en el acto médico la cuestión es llegar a la pregunta, de la que se obtenga la respuesta, porque son las preguntas las que vendrá a movilizar las respuestas (Lorient & Serrano, 2009), así que en esta óptica y su entendimiento dependerá de que se entienda que es la enfermedad, donde, aunque hay múltiples definiciones sobre ello, actualmente se consolidan dos posturas. Para empezar, la primera es la tendencia que ve la enfermedad como una entidad, que surgió a partir del Siglo XVII (Carmena, 2009), donde se desarrolló el concepto de enfermedad como un ente biológico que existe como tal y la cual se puede caracterizar y tomar contacto. Mientras que la segunda corriente surgida a mediados del siglo XX le es contraria, porque planteo la enfermedad como un proceso (Laurell, 1982). No obstante, en el transcurso de la historia la enfermedad se ha definido como una categoría biológica (Gómez A. R., 2018) como constructo social (Arrizabalaga, 1992) como un estado de desequilibrio o homeostasis, o desde la diferencia como un problema de adaptación o homeodinamia (Salvachúa, 2021), pero también en otro orden de ideas como una desviación de la normalidad (Lejarraga, 2004). Pues cada sociedad en cada momento histórico y cultural ha generado un concepto distinto de lo que es la enfermedad (Rosario, 2018).

Ahora bien, en forma similar la noción con respecto a la salud también ha tenido variaciones y conmutaciones, dentro de lo que fue importante la concepción que emitido la OMS donde expreso que “la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social” (1946, pág. 2).

Es decir, la Organización Mundial de la Salud, luego de la segunda guerra mundial, definía la enfermedad desde la tesis clásica del siglo XIX que era parte de la misma tendencia de la medicalización de los hospitales, la cual fue congruente y aceptada, pero criticada, porque se presentaba utópica

(de ideales improbables), a fin de que desde el punto de vista emitido ninguna persona podría estar sana completamente. De todos modos, aunque al respecto existen muchas otras definiciones como la del microbiólogo René Dubos quien indicó que, “[l]a salud es un estado físico y mental de razonablemente libre incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente, por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado” (1990, pág. 471). Como se percibe, de acuerdo con Dubos, la enfermedad se determina como lo normal; observando las condiciones que se ajustan a características habituales permitiendo que la persona se desenvuelva como lo haría habitualmente. Así que, desde la perspectiva más general, antagónicamente se han emitido otras definiciones sobre lo que es la salud que han tenido cierta influencia, como son que “la salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa” (Catalanes, 1976, pág. 3), y la que de forma similar en 1986 expuso la OMS cuando planteo que la “[s]alud no es un fin, sino un medio para vivir plenamente la vida” (OMS, Carta de Ottawa, 1986).

Por lo consiguiente, para la clarificación de lo que es la salud en el acto médico desde los puntos de vista indicados se debe conceptualizar que es la normalidad y lo no normal, debido a que es una variable única, con una visión dualista donde esta lo normal y lo anormal, partiendo de la concepción del ser humano como agregación de sus relaciones en todas las direcciones (Herrera, 2000), donde lo normal o anormal puede tener múltiples alcances según lo que se entienda de la realidad en ese momento. Por lo consiguiente, en el acto médico la postura comúnmente aceptada de lo que es la normalidad, es la que lo refiere como una función estadística bien sea por el criterio gaussiano (C. Gauss) o de percentiles (F, Galton), desde donde se puede decir que lo anormal es lo que esté en las colas de la distribución gausiana, o lo que este es los percents más superiores o más inferiores (González, Escoto, & Chávez, 2017); como es el caso de las curvas de crecimiento que se aplican al control y desarrollo en niños y niñas.

Por lo tanto el acto médico responde a la pregunta de si la enfermedad existe, donde ha surgido la afirmación de que las enfermedades no existen, ya que esto dependerá del contexto de susceptibilidad que tenga el sistema

inmunológico de cada persona en forma individual (Medina & Navarro, 2013), lo que en principio permitirá que la enfermedad sea vista como ente o como concepto, que entrara en un individuo para proliferarse, que a su vez llevara a las reacciones que se observaran en algunas de las seis dimensiones del ser humano, que se catalogaran por el Médico como síntomas de la enfermedad. En otras palabras, la enfermedad no existe, sino lo que existe es la persona humana a la que se le ha dado una decisión sobre una condición para clasificar lo que la aqueja. Lo que es lo mismo, no se conoce la enfermedad porque no está fuera del ser humano, sino que existen los enfermos, y sin la persona no hay enfermedad, de hecho, es la razón por la que hay que individualizar y conocer a la persona humana quien es quien porta la condición (Senra, 2004).

Tipos de relación entre Médico y Paciente en el acto médico

Tradicionalmente se ha dicho que la forma de relacionamiento entre el Médico y el Paciente, tiende a ser de tipo paternalista; parecida a una relación de padre e hijo pequeño, sabiendo que el hijo pequeño no razona, por ello no hay que explicarle la razón de la información y la decisión que se le da, teniendo solo que obedecer (Lázaro & Gracia, 2006). En consecuencia, habitualmente la relación paternalista es una relación de amor y cuidado, donde se cuida a la otra parte en extremo, que cuando se aplica al acto médico claramente se entiende que el tratamiento del Médico para con el Paciente es el que se le da a un niño chico (Cañete, Guilhem, & Brito, 2013), lo que no se podría conceptualizar de que sea positivo o negativo sino de que tendrá desde esa óptica algunas características concretas.

Como contrapartida, el opuesto a la relación paternalista es el enfoque auto dirigido (consumista) en el cual el Médico entrega la responsabilidad absoluta de lo sucede en el acto médico al Paciente, lo que libra al primero de responsabilidad, perspectiva desde la cual el Médico solo le informara al Paciente, desde su postura como técnico experto lo que le puede ser más favorable y las opciones con que puede contar, pero el Paciente es quien, dentro de su autonomía y voluntad lo hará o no.

Resumiendo lo planteado, en los dos párrafos anteriores observamos dos extremos que se pueden dar en la relación Médico-Paciente, que si bien son claro excesos por eso mismo no son reales, ya que comúnmente en el ejercicio profesional sanitario se optará por moverse en una relación que podrá ir de un extremo y hacia el otro; habitualmente de acuerdo con el tipo de personas que sea el Paciente podrá ser empleada una relación de tipo paternalista o auto dirigida (Ruiz, Rodríguez, & Epstein, 2003).

Sin duda alguna, el tipo de relación aplicada variara según la evidencia que se presente, y el contexto social, cultural, económico y la realidad de cada persona, pero siempre reconocimiento la libertad responsable (Engelhard, 1995), el respeto a la autonomía y la autodeterminación (Beauchamp & Childress, 1979) del Paciente. En concordancia con lo antedicho, autores como Ruiz clasifican la relación que puede darse entre Médico y Paciente según y a partir del grado de control que ejerce cada parte (2007).

Así si el Médico ejerce un alto o bajo control sobre la relación, y en contrario es el Paciente quien ejerce un alto o bajo control. Si apelamos a un símil, cuando el Paciente ejerce un muy bajo control en la relación, pero el médico ejerce un muy alto control el modelo que se aplicaría sería el paternalista, donde el Médico toma todas las decisiones y es quien manda la acción, actuando en procura de tranquilizar al Paciente que de brindarle información, siendo por ello más orientado a la filantropía, pues se ha relacionado con la caridad, donde a partir del siglo XVII se presuponía que el Médico y el Paciente compartieran semejanzas, sobre todo que en aquel momento histórico, los unía los mismos valores y los mismos intereses (Bernabeu-Mestre, 2011).

Sin embargo, en otro orden de ideas el modelo es consumista o auto dirigido (informativo) vendrá a ser el Paciente el que ejerce un alto control y el Médico ejerce tendrá un bajo control, que se diferenciara principalmente del otro modelo a partir de que aquí el Paciente ha obtenido información y ha consultado en las fuentes disponibles las posibles razones de las condiciones que lo aquejan (Priego, 2005), llegando con esa información previa, en busca

del Médico quien dará un concepto desde su *lex artis* (Guzmán, 2004), actuando como un técnico experto informando al Paciente de las opciones que podría llegar a tener pero sin tener ningún tipo de compromiso que es lo importante en este caso, ya que el Médico solo dará opciones, explicando los riesgos y beneficios de ellas, no comprometiéndose con el Paciente, a diferencia de lo que sucede en el modelo paternalista.

Aunque en otro sentido, podría mencionarse un tercer modelo donde tanto el Médico como el Paciente ejercen un alto control, el cual vendría a tratarse de una relación bajo el modelo mutuo, de colaboración entre los dos, mismo que puede estar centrado en el Paciente donde se desarrollan los valores del paciente, porque en esta figura el Médico se interesa por conocer cuáles son los valores del paciente, para determinar qué es lo que busca este, para lo que hay que hablar e interactuar con el Paciente.

En este sentido se puede señalar que, el modelo mutuo piensa la enfermedad desde dos perspectivas: la del Paciente y la diagnóstica, razón por la cual se ha desarrollado el concepto de las dos caras de la enfermedad (Moreno, 2000). Es decir, la primera cara de la enfermedad es entenderla como entidad biológica, que se caracteriza a través del diagnóstico médico. Y será la segunda cara de la enfermedad el sufrimiento humano que en la región latinoamericana se relacionará con la fragilidad humana, que se origina de lo mismo que el paciente vive e interpreta con su enfermedad en su propio sufrimiento por su condición (Bonill, 2008). Esto debido a que las discrepancias sociales e inequidades ontológicas no permiten que se le dé un papel primordial o lo biocéntrico y al ser humano expuesto (Cazzato & Vargas, 2021).

Por lo cual, en relación a la problemática expuesta podría presentarse un elemento que debería aglutinar todos los profesionales sanitarios, el cual es el concepto del bien integral humano desarrollado por Llano Escobar, quien lo presenta como criterio complementario para componer el sentir; el extender, el experimentar y el obrar de los seres humanos, a fin de valorar objetiva y adecuadamente la conducta humana (Escobar, 2001, pág. 146).

Podríamos resumir que el sufrimiento en cada caso, depende de la historia de vida de la persona, del contexto cultural, de sus dinámicas familiares, de su modelo de creencias, etc. Lo que solo se puede saber por medio de la interacción con el paciente (Ontiveros, 1996). De forma que dentro de este marco en el modelo mutual sistémico, además de lo mencionado en el anteriormente se suma que el Paciente se encuentra dentro de un contexto socio familiar, donde él hace parte de una familia y una comunidad, sabiendo estos dos grupos deben interactuar (Fernández, Acosta, Carballo, Olabarría, & Tapia, 1986), por lo que dentro de este modelo se debe de caracterizar a la familia y al sistema de apoyo familiar, de tal forma que la responsabilidad moral será compartida entre el Médico, el Paciente, la familia y su comunidad.

Por otra parte, también se puede dar que los dos sujetos; el Médico y el Paciente tengan un bajo control donde se trataría de una relación ausente, donde ya no se podría decir que existe una relación Médico-Paciente (Siurana, 2010), en este caso sería inexistente.

Estilos médicos para el desarrollo de la entrevista medica

Como se mencionó anteriormente se pueden presentar cuatro estilos básicos de relacionamiento entre el Médico y el Paciente, de tal forma que, así también se pueden tener cuatro estilos que pueden tomar los Médicos en la entrevista médica, que es la forma por la que el Médico llega a identificar el problema que tiene el Paciente, y cuál es el origen de ese problema. Los estilos de entrevista son cuatro: uno directivo; otro libre; uno participativo (co-directivo y semi estructurado), y un último centrado en el paciente (Costa, Siurana, Almendro, García, & Ordovás, 2011).

En primer lugar, el estilo directivo está muy en conformidad con el estilo paternalista, porque es un modelo donde el médico se comunica con el paciente como si se tratara de diligenciar un cuestionario (Fernández, Sobrino, & Bonal, 2005), donde el Médico puede mostrarse impaciente frente a las demoras e interrumpiendo al Paciente, y no le dará mucha importancia a lo que este pregunte. En segundo lugar, está el estilo libre donde el Médico es

más pasivo y si responderá a lo que el Paciente le pregunta, donde es el Paciente el que tienen el hilo discursivo, por lo cual podría ser un estilo adecuado en algunos casos de acuerdo a las circunstancias, pero no en todos, teniendo en cuenta que se debe seguir la estructura del acto médico, donde quién la conoce es el Médico y no el Paciente (Blanco, Moreno, Suárez, & Camelles, 2003), razón por la cual tal vez el estilo libre no sería adecuado.

Como tercer estilo, se encuentra el estilo de entrevista participativo en el que el Paciente y el Médico participan activamente, donde los dos ayudan a construir su relato de la enfermedad y se centran en aspectos concretos para que al final de la entrevista el Médico pueda intentar convencer al Paciente de lo que es más favorable para su salud (Burbinski & Naser, 1999).

Por último, se encuentra el estilo centrado en el paciente, en el cual la relación Médico-Paciente se da entre expertos para el cual se busca validar el conocimiento del Paciente, donde se considera que el Médico no es el único que sabe, porque el Paciente sabe, pero en diferente nivel del Médico (Roldán, 2001), pero solo el Paciente sabrá bien lo que le sucede, siendo el experto en sí mismo y en lo que desea, y el Médico experto en la enfermedad y la terapia (Bedoya, 2017).

De lo anterior mencionado es importante decir que no se puede encasillar en que existe un estilo bueno y uno malo, y un tipo de relación bueno y uno malo, lo cual no es cierto, porque cada paciente requerirá un estilo diferente, porque incluso un mismo Paciente puede necesitar un estilo diferente en diferentes momentos, lo que cobra gran relevancia de acuerdo a la continuidad que se tenga con el Paciente. Así, por ejemplo, el modelo consumista antes mencionado es típico de personas jóvenes, bien educadas y buen nivel económico, personas que tienen buena autoestima y con buen acceso a la información, por lo que cuando lleguen a la entrevista médica ya tendrán algunas certezas sobre su enfermedad (Piñas & Chivato, 2019).

En cambio, el modelo paternalista es comúnmente aplicable en personas de edad avanzada, con enfermedad crónica y muy típico de pacientes hospitalizados, por lo cual se puede afirmar que entre más se sienta enferma

una persona más deseara buscar una relación con el Médico de tipo paternalista. A partir de esta óptica, como se ha observado por algunos autores, muchas facultades de medicina forman a sus Estudiantes a través de la orientación en hospitales de tercer nivel y cuarto nivel, razón por la que se pudo venir construyendo que la relación normalizada con los Pacientes es la paternalista, ya que es el típico en el ambiente hospitalario (Ezekiel & Linda, 1999), lo cual es una concepción errónea.

De tal forma que según el tipo de Paciente se aplicara el modelo por parte del médico para construir la relación, por lo que se avista la importancia de la continuidad con el Paciente. Por lo cual, en la literatura actualmente disponible existes tres tipos de relación con los Pacientes basados en un reconocimiento de la importancia de dar participación al Paciente: un modelo de cuidado centrado en el Paciente; un modelo de cuidado centrado en la persona humana; y un modelo de cuidado centrado en la relación, Los cuales, son tres modelos que están contrapuestos y contrarios a una atención centrada en el Médico paternalista. Pues en el siglo XX se postuló que el Paciente es un sujeto importante y se planteó una medicina centrada en el paciente, incluso expresando que el termino Paciente sería muy hospitalario y asociado a la enfermedad pato céntrica, por lo que se luego se propone el cuidado centrado en la persona para hablar del ser humano (Carrió & Borrell, 2010), que no tiene necesariamente que estar enfermo, lo que en el ejercicio de la medicina occidental vino posteriormente a surgir la medicina centrada en la relación, para tener en cuenta que no solo está el paciente sino también el Médico, habiendo una relación entre ellos.

La medicina centrada en la persona humana principalmente se caracteriza en que como su nombra lo indica la persona humana es el centro de todo, queriendo balancear la ciencia y el humanismo en la medicina (Mezzich, 2010), siendo una medicina de la persona, orientada a la totalidad de la salud, incluyendo la enfermedad y también aspectos salutogénicos (Guzmán, Franco, Morales, & Mendoza, 1994), promoviendo el cumplimiento del proyecto de vida de cada quien, buscando orientarse al bienestar a través de parámetros clínicos que puedan acercar a un ser humano pleno. Punto de vista donde se quiere ser científicamente responsables y tener

altas aspiraciones éticas, con profesionales trabajando respetuosa, colaborativa y apoderadamente con la persona que consulta; El Paciente. De tal forma que la medicina centrada en la persona humana tiene que ver con el ser humano total, no solamente cuando está enfermo, sino incluso cuando está sano, donde lo que se busca es ayudar al ser humano en su proyecto de vida y sus objetivos, para que la persona obtenga lo que quiere.

En este mismo sentido, sin importar el estilo o la dinámica del acto médico, siempre se deberá recordar que se está tratando con personas: Médicos y Pacientes, quienes deben ser conscientes de que son seres humanos, teniendo también que colaborar y comunicarse (Bonal, Almenares, & Marzán, 2012).

Es distinta forma se plantea la medicina basada en la relación, la cual se basa en el hecho de que todo lo que pasa en el acto médico pasa dentro de una relación entre personas y que esa relación implica un intercambio de información, donde también se intercambian emociones que no son solo del Paciente, mismas que pueden favorecer o entorpecer el acto médico, frente a lo que la única forma de reconocer aquello, es el conocerse a sí mismo (González, y otros, 2013). Así mismo, en el acto médico también se intercambian significados, que se obtienen de conocer lo que le está pasando a las dos personas en la relación Médico-Paciente, por lo mismo que este tipo de medicina centrada en la relación se fundamenta en cuatro aspectos fundamentales, los cuales se mencionan en seguida.

Inicialmente en la medicina centrada en la relación, se debe tener en cuenta la personalidad de los participantes ya que somos seres humanos y cada uno desarrolla su personalidad (Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010). Por ende, es importante el conocernos (autoconocimiento) y el ser auténticos (autenticidad), ya que es fundamental que el Médico muestre respeto para con el Paciente, teniendo en cuenta la personalidad de los participantes.

El segundo aspecto de la medicina centrada en la relación es que el afecto y las emociones que son importantes en esas relaciones, porque se debe cultivar la empatía (sufrir juntos) y la composición, sabiendo que todas

las relaciones se dan en el contexto de una influencia recíproca (Callahan, 2004), no solamente el Médico influye al Paciente, sino también en contrario sentido, de tal forma que se debe entender todo lo mencionado como complejo, por lo que para lograr una adecuada relación Médico-Paciente se debe cultivar y mantener, porque es una relación de alto valor moral.

De acuerdo a lo anterior, en el cuidado centrado en el paciente los autores han encontrado algunos puntos en común, como son que el Médico efectúa una evaluación de la experiencia holística del paciente en su estado de salud, que se centre en el ser humano y no en la enfermedad (Olza, 2018), ya que el ser humano si bien tiene una dimensión biológica también existe otras dimensiones que se mencionaron anteriormente, las cuales se deben conocer.

En este ámbito la información se obtiene por medio de un intercambio de información entre las partes. Además, también se integran los conceptos de enfermedad y de experiencia de enfermedad (sufrimiento), para lograr una comprensión integral de la persona humana, donde se debe llegar a un punto común, para lo cual el profesional de la salud debe aceptar las opiniones y los sentimientos del Paciente de manera no prejuiciosa, porque como seres humanos cada individuo cuenta con un sistema de creencias que lleva a tener prejuicios que siempre entran en la relación con el otro. Por ello, surge el uso de la empatía para que el Médico pueda reconocer que siente el paciente y validarlo, ofreciendo y proporcionando apoyo. Frente a este último aspecto se observa que se relaciona con los intereses primarios de la labor médica en relación directa con la vocación profesional, como son el ayudar a las personas y aliviar el dolor humano (Argandoña, 2004).

Conclusiones

Como se expresó en el desarrollo de este artículo de investigación a partir de situar los criterios, elementos y conceptos en la región latinoamericana se determinó que el ser humano es el centro de gravedad de la profesión médica y el acto médico es el eje del ejercicio médico, siendo

una relación social y comunicativa que tiene una estructura con objetivos específicos, por lo que se ennoblece la relación Médico-Paciente, donde la familiaridad entre las partes será la base de la relación, de tal forma que la estructura del acto médico y de la entrevista medica están mediados por la comunicación lo que explica porque son fundamental y principalmente actos comunicativos explícitos.

Además, en el acto médico el Médico esta validado socialmente, razón por la cual solo él debe señalar el problema y comprobarlo a través de una causa lógica que no podría ejecutar otra persona con tal rigor, que en consecuencia arrojará la codificación proveyendo un diagnóstico, del cual posteriormente se le emitirá una solución al Paciente, que es lo que el necesita, y el motivo por el cual inicio la relación.

Conjuntamente, aunque el acto médico debe cumplir con algunos estándares internacionales y parámetros de *lex artis*, en el caso de su ejercicio en la región latinoamericana, este rigor debe también contar con dos características significativas como son, el tener interés por el sufrimiento del otro y el discutir y examinar qué le sucede al Paciente, pues en concordancia el profesional Médico debe ser versado en comunicación, para tener un comportamiento verbal adecuado y darse en un involucrando en proceso del Paciente, a fin de que se pueda retomar la medicina como arte, ya sea que se toma una relación de paternalista o auto dirigida. Así que, sin duda alguna, para que el acto médico logre concretar sus objetivos se debe orientar desde el entendiendo de la fragilidad humana por parte del profesional médico para lo cual puede se debe vislumbrar el fin de obtener el bien integral humano.

Referencias

- Aguilar, F. B. (2019). Etimología en medicina: un viaje al origen y sentido de las palabras. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 8-11.
- Argandoña, A. (2004). Conflicto de intereses: el punto de vista ético. Presentado la XII Conferencia anual de Ética, Economía y Dirección (págs. 1-24). Navarra: Universidad de Navarra.

- Arrizabalaga, J. (1992). Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 147-165 .
- Balint, M. (1971). *The doctor, his patient and the illness*. London, Inglaterra, Gran Bretaña: Pitman.
- Barreto, P. J. (2000). La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo*, 50-55.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Hasting Center.
- Beca, J., Ortiz, A., & Solar, S. (6 de 2005). Derecho a morir: un debate actual. *Revista médica de Chile*, 133(5), 601-606.
- Bedoya, H. M. (2017). *La gestión de sí mismo: Ética y subjetivación en el neoliberalismo*. Medellín, Colombia, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Bernabeu-Mestre, J. (2011). Medicina y filantropía: la revista *La lepra* (1904-1910) y la construcción de la Colonia-Sanatorio para leprosos de Fontilles (Alicante). *Medicina y filantropía: la revista*, 24-32.
- Blanco, A. M., Moreno, R., Suárez, R. B., & Camelles, P. M. (2003). Modelo teórico de la evaluación de la entrevista médica. *Educación Médica Superior*, 17(2), 22-36.
- Bonal, R. R., Almenares, C. H., & Marzán, D. M. (2012). Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles. *Medisan*, 16(5), 773-785.
- Bonill, D. I. (2008). Las dos caras de la enfermedad: Experiencia de una persona ostomizada. *Index de Enfermería*, 1-7.
- Borrell, F., & Carrió, I. (1969). *Manual de entrevista clínica: para la atención primaria de salud* (2 ed.). Madrid, España, España: Harcourt Brace S.A.

- Burbinski, B., & Naser, M. (1999). Reflexiones acerca de la relación médico-paciente . Archivos Argentinos de Pediatría, 43-46.
- Cabrera, V. J. (2005). Temas de bioética: del inicio al final de la vida humana. San José de Costa Rica: Promesa.
- Callahan, D. (2004). Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas. Hastings Center, 5-16.
- Cañete, V. R., Guilhem, D., & Brito, P. K. (2013). Paternalismo médico. Revista Médica Electrónica, 144-152.
- Carmena, R. R. (2009). La medicina y el ciclo vital del ser humano: Evolución del concepto de enfermedad: visión actual. Ciclo de Conferencias “La medicina y el ciclo vital del ser humano” 3ª Sesión: Evolución del concepto de enfermedad: visión actual (págs. 1-6). Valencia: Departamento de Medicina. Universidad de Valencia.
- Carrió, F., & Borrell, I. (2010). Práctica clínica centrada en el paciente. Barcelona: Triacastela.
- Casadiegos, P. Y. (2008). CosmoVisiones de La Medicina: Una aproximación critico-hermenautica. Barranquilla, Colombia, Colombia: Universidad del Norte.
- Catalanes, C. d. (1976). Congreso de Médicos y biólogos catalanes. En J. Senent (Ed.), (pág. 12). Cataluña.
- Cazzato, S., & Vargas, C. (2021). La fragilidad humana de lo global. Revista de filosofía, 38(99), 65-80.
- Cid, M., Carvajal, A., & Freiria, J. (2008). Entrevista clínica: modelos teóricos y un poco de práctica. Cuadernos de atención primaria, 15, 167-171.
- Cófreces, P., Deborah, S., & Dorina, S. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. Revista de Comunicación y Salud, 4, 19-34.

- Correa, R. H. (1 de 1 de 2022). El malestar en la medicina: sufrimiento del médico y del paciente. Centro Latinoamericano de Economía Humana. Recuperado el 3 de 5 de 2022, de <https://universidad.claeh.edu.uy/blog/el-malestar-en-la-medicina-sufrimiento-del-medico-y-del-paciente/>
- Costa, A. A., Siurana, A. J., Almendro, P. C., García, V. S., & Ordovás, C. r. (2011). Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista Clínica Española*, 581-586.
- Dubos, R. J. (1990). *Salud y enfermedad y Adaptación humana*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Engelhard, H. T. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós.
- Escobar, L. A. (2001). *¿Qué es bioética?: según notables bioeticistas*. Bogotá: 3R Editores.
- Espinosa, B. A. (2017). Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico-paciente y del método clínico. *Revista Cubana de Medicina*, 56(2).
- Ezekiel, E., & Linda, E. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En E. Ezekiel, & E. Linda, *Bioética para clínicos* (págs. 108-126). Madrid.
- Fernández, C., Acosta, E., Carballo, S., Olabarría, B., & Tapia, R. (1986). Hacia un programa de salud mental comunitaria: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(18), 438-453.
- Fernández, O. C., Sobrino, L. A., & Bonal, P. P. (2005). Relación y comunicación familia-paciente-médico. (M. S. Martínez, Ed.) *Medicina de familia*, 67-88.
- Gil, M. D. (2012). Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente. *Trabajo social y salud*, 75-82.

- Gómez, A. R. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Revista Facultad Nacional de Salud*, 64-102.
- Gómez, J., & Zuluaga, J. (30 de 6 de 2013). Presupuestos básicos para que se presente el consentimiento informado tácito del paciente en el marco de la relación médico-paciente en el derecho colombiano. Presupuestos básicos para que se presente el consentimiento informado tácito del paciente en el marco de la relación médico-paciente en el derecho colombiano. Medellín, Colombia, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- González, F., Escoto, M., & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en psicología y ciencias de la salud*. México D.F., México: El Manual Moderno S.A.
- González, P., Boso, V., Subtil, P., De Antonio, L., & Godoy, J. (2017). *Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil*. São Paulo: Elsevier.
- González, P., Moreto, G., Janaudis, M., De Benedetto, M., Delgado, M., & Altisent, R. (2013). Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética*, 28-48.
- Gordon, N. (2012). *El Médico (Vol. 1)*. Mexico D.F., Mexico, Mexico: Rocabolsillo.
- Guzmán, F., Franco, E., Morales, M., & Mendoza, V. (1994). El acto médico. Implicaciones éticas y legales. *Acta medica colombiana*, 139-149.
- Guzmán, M. F. (2004). *Derecho médico colombiano elementos básicos: responsabilidad civil médica (Vol. 1)*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Biblioteca Jurídica Diké,.
- Herrera, M. (2000). La relación social como categoria de las ciencias humanas. *Universidad de Granada*, 37-78.

- Jovell, A. (2004). La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. Monografías. "Humanitas". La profesión médica y los retos del milenio, 1-186.
- Laín, E. p. (1964). La relación médico-enfermo: historia y teoría. Revista de Occidente.
- Lamata, C. F. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Diazdesantos.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Revista latinoamericana de Salud, 1-49.
- Lawrence, T. (2014). Historia Clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 7-17.
- Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. Archivos argentinos de pediatría, 102(4), 271-276.
- Loriente, A. N. (2009). Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. Revista Internacional de Sociología, 67, 309-328.
- Loriente, N., & Serrano, R. (30 de 8 de 2009). Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes de confianza del acto médico. Revista Internacional de Sociología, 309-328.
- Luna, D., Soriano, E., & González, F. (2007). Historia clínica electrónica. Revista del Hospital italiano, 77-86.
- Martín, Z. A., & Cano, P. J. (2000). Compendio de Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (2 ed.). Madrid, España, España: Elsevier.

- Martín, Z. A., Cano, P. J., & Gené, B. J. (2019). *Atención Primaria. Principios, Organización Y Métodos En Medicina de Familia* (8 ed.). Madrid, España, España: Elsevier.
- Martínez, M. J. (2018). *La relación médico-paciente*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Martínez, M. M. (2009). Dimensiones básicas de un desarrollo humano integral. *Revista Latinoamericana*, 1-16.
- Medina, R. R., & Navarro, V. J. (2013). ¿Enfermedades o padecimientos?, a propósito del caso de Ramtes. *Actas Perú Anestesiol*, 12.
- Mezzich, J. E. (2010). Repensando el Centro de la Medicina: De la enfermedad a la persona. *Acta Médica Peruana*, 27(2), 148-150.
- Minsalud Col. (8 de 7 de 1999). Resolución 1995. Resolución 1995 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá, Colombia, Colombia: Minsalud Col.
- Moore, P., Gómez, Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista médica de Chile*.
- Moreno, R. M. (2000). Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Revista cubana de medicina*, 107-114.
- Moreto, G., González, P., & Craice, M. (2014). Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Revista Atención Familiar*, 94-97.
- Musso, C., & Enz, P. (2006). Comunicación médico-paciente: La matriz del acto médico. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 77-78.
- Olza, I. (2018). Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 1-12.

- OMS. (22 de 7 de 1946). OMS, 1946. Constitución OMS. Nueva York, Nueva York, Estados Unidos: OMS.
- OMS. (21 de Noviembre de 1986). Carta de Ottawa. Carta de Ottawa. Ottawa, Canadá, Canadá: OMS.
- Ontiveros, U. M. (1996). Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. *Reistasaludmental*, 19(2), 11-18.
- Pino, L., & Hernández, J. (2008). En torno al significado original del vocablo griego *epidēm̄ka* y su identificación con el latino *pestis*. *Dynamis*, 199-215.
- Piñas, M. A., & Chivato, P. . (2019). La relación médico-paciente. Claves para un encuentro humanizado. Madrid, España: Dykinson.
- Plata, R. E., Leal, Q. F., & Mendoza, V. J. (1997). Hacia una medicina más humana - Página 239. Bogotá, Colombia, Colombia: Ed. Médica Panamericana.
- Priego, R. H. (2005). Consumo en salud. Barcelona, España, España: Universidad Autonoma de Barcelona.
- RAE . (2022). Diccionario de la Lengua Española. Madrid: RAE .
- Rillo, A. (17 de 3 de 2006). El arte de la medicina: una investigación hermenéutica. *Gaceta médica de México*, 253-260.
- Roldán, V. I. (2001). Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Medicina UNAL*, 288-290.
- Rosario, O. J. (26 de 9 de 2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Revista Biosalud*, 67-79.
- Ruiz, R., Rodríguez, J., & Epstein, R. (2003). ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 32, 594-602.

- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface - Comunicação*, 619-.
- Sacristán, J. (2013). Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Revista Clínica Española*, 213(9), 460-464.
- Salazar, V., Concha, P. R., & Pastor, R. J. (2016). La relación médico paciente y desarrollo humano a lo largo del ciclo vital. *Fundamentos teóricos 1ª parte. Norte de Salud Mental*, 91-93.
- Salvachúa, Á. (2021). De la homeostasis a la homeodinámica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11).
- Senra, V. A. (2004). *Comentarios hipocráticos sobre cultura y saber médico*. Madrid: Diaz de Santos.
- Serna, A., & Ortiz, O. (2005). Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica. *Revistas medicas enfermeria*, 14-17.
- Siurana, A. J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121-157.
- Straus, S., Haynes, B., & Richardson, S. (2005). *Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y Enseñar la MBE*. (P. Glasziou, & S. Straus, Edits.) Barcelona, España, España: Elsevier.
- UNESCO. (19 de 10 de 2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia, Francia: UNESCO.
- Uribe, E. R. (1982). La función social del médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 25(4), 177-180.
- Young, P., Finn, B., Bruetm, J., Emery, J., & Buzzi, A. (2012). William Osler: el hombre y sus descripciones. *Revista Medica Chile*, 1218-1227.