

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# **Modelos de la relación médico-paciente reflejo de la deshumanización de la salud**

Angel Rodríguez G.  
Profesor Adjunto  
Asociado Programa de Estudios Médicos Humanísticos  
Pontificia Universidad Católica de Chile

## **Introducción: Causas de la deshumanización de la salud**

La justificación, el porqué de este proyecto, surgen no para negar algo que es demasiado evidente, como es el inmenso bien que la ciencia y la tecnología puestas al servicio de la medicina han hecho al ser humano. El aumento de las capacidades resolutorias de la medicina ha hecho mucho más natural resolver situaciones que años atrás hubieran sido imposibles. Esto ha llevado a aumentar las expectativas de buenos resultados en los tratamientos, así como a un mayor conocimiento de la información, aunque a veces haya sido mal adquirida por parte de los pacientes y como consecuencia ha aumentado el deseo de autonomía por parte de los mismos 1.

Por otro lado, la medicina no ha aceptado ninguna disciplina que desde fuera de sí misma le impusiera alguna metodología con la que contemplar al paciente desde el ámbito experiencial o vivencial, en el que, sin duda, se mueve la vida entera de todo ser humano, sea médico o paciente.

Hay, pues, un hecho innegable que ha ido produciendo una progresiva deshumanización de la medicina. Este hecho, de naturaleza antropológica, está producido por el reduccionismo al que la medicina, prestando fe solo a su método experimental, ha sometido poco a poco al paciente que cuida. La medicina se ha dedicado a curar el dolor de los tejidos, huesos, nervios y órganos del ser humano y ha olvidado frecuentemente el sufrimiento del espíritu o persona que los sostiene. El método experimental concede solo a los primeros derecho de ciudadanía, dejando fuera a la persona.

Y así, aunque los médicos son cada vez más capaces de curar las enfermedades, ha ido apareciendo una desconfianza en general del paciente hacia el médico en algunos ámbitos dentro del ejercicio de la medicina. Lo expuesto nos habla de una debilitación en la relación entre el médico y el paciente. El arte médico de la curación está siendo poco a poco reemplazado por el tratamiento médico y el arte de escuchar al enfermo ha sido reemplazado por procedimientos técnicos. Se llega también a razonar, en estos casos, que, debido al progreso de la medicina, numerosas enfermedades pueden ser curadas independientemente de la relación que el médico tenga con el paciente y, por tanto, la relación médico-paciente no es un factor esencial. Por esta razón y algunas más que veremos, crece el descontento de algunos pacientes con sus médicos al encontrarlos cada vez más distantes.

La técnica ha invadido fuertemente, qué duda cabe, el clásico arte médico; la medicina ha sido cada vez más sustituida por la técnica y por las demandas económicas que esto ocasiona. Muchas

veces el paciente percibe que el interés primario del médico no es el paciente mismo, sino un cierto interés económico. Hay una serie de realidades que contribuyen a este clima de aumento de desconfianza, que, aunque se da más en las sociedades industrializadas, es un fenómeno social que se está extendiendo; así, entre otras características están: el aumento de las demandas por fallos en la práctica médica, la comercialización de la medicina con el uso de extensa propaganda, el salario alto de muchos médicos, la economía de mercado que prevalece en la sociedad, el pagar antes del tratamiento, la carencia de trato personal entre el médico y el paciente. Por otra parte, el médico vive bajo el miedo a ser demandado, está sujeto a una excesiva demanda de tiempo personal, y muchos pasan los primeros años de práctica endeudados por los gastos de la educación.

Podemos sintetizar, entonces, de un modo general, algunas de estas causas de la deshumanización de la salud y para la solución de las cuales nuestro proyecto quiere ser un aporte:

1. Cosificación: conversión del paciente en objeto, prescindiendo de sus rasgos personales e individuales, sentimientos y valores;
2. Ausencia de calor en la relación humana: Dificultad de encontrar equilibrio entre la distancia afectiva profesional y la implicación emocional propia de un profesional que es también persona;
3. Reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo enfermo y respeto por la debilidad: no hay unos que tengan más valor que otros, niños o adultos, ricos o pobres, blancos o negros;
4. Tratamiento integral y global del enfermo: como una persona compleja y total, abarcando todas sus dimensiones, su cuerpo, su psicología y su espíritu;
5. Participación del paciente en la toma de decisiones: en la relación del sanitario-enfermo, aun en el supuesto de que el médico tenga un estatus social superior, este tiene que tener en cuenta la vulnerabilidad y dependencia del enfermo. Y, finalmente, una relación empática que permita un modelo de alianza entre el médico y el enfermo que consista en una confianza depositada en una conciencia.

En palabras de H. Giannini , suena así lo que acabamos de exponer: “La relación médico-enfermo se ha vuelto endeble, superficial, mediatizada. Nosotros los enfermos llegamos al médico después de recorrer largos pasillos por los pisos de ostentosos edificios, símbolos de poder y de impersonalidad. Llegamos premunidos de exámenes y documentos que vuelven casi innecesaria nuestra presencia, inútil nuestra propia experiencia del mal que nos aqueja. En la especialización salvaje, hay algo tan feo como la pornografía: se exhiben unos trozos de nuestra humanidad y solo a ellos parece volverse la mirada interesada del especialista. Y ya nos hemos acostumbrado a esta suerte de lejanía, de ser los ausentes en la consulta en la que estamos”.

### **Modelo: ¿Cuál concepción del hombre para la relación médico-paciente?**

Basta analizar algunas afirmaciones del Juramento Hipocrático: un modo de vida dedicado a la beneficencia y no maleficencia, evitar el aborto y la eutanasia, protección de la confidencialidad, la promesa de no aprovecharse sexualmente de la vulnerabilidad de pacientes y familias, así como la invocación a los dioses por su poder de curación, para darse cuenta que desde sus inicios la medicina fue una comunidad moral con un fuerte compromiso ético por el cuidado del enfermo. El Estoicismo recogió este compromiso y lo estructuró, basándolo en una ética de deberes y obligaciones haciendo de la curación una profesión basada en la compasión y

misericordia por el enfermo. Con el cristianismo, queriendo seguir a su Maestro, quien se pasaba el día entero curando toda suerte de dolencias y enfermedades, se dio la más profunda transformación, aparece una honda misericordia por el que sufre, nutrida por una fe, una esperanza y una caridad espirituales.

Es precisamente en este punto de nuestra reflexión que nos surge la pregunta con la que hemos encabezado este apartado: ¿Da igual qué concepción tenga del ser humano el agente de salud, y sobre todo el médico, si lo que queremos es humanizar dicha relación? Si consideramos la deshumanización de la salud, fundamentalmente como una pérdida de valores necesarios para esa relación, entonces el problema es de carácter eminentemente antropológico.

El enfermo y, principalmente, el enfermo terminal tienen verdadera necesidad intrínseca de fe y de esperanza. Pero no todas las concepciones antropológicas o filosóficas del ser humano imperantes hoy en nuestro mundo poseen esa capacidad. Por ejemplo, ¿qué sucedería si un médico cuya concepción del ser humano es de carácter puramente existencialista se acercara a su paciente con una visión puramente horizontal de la vida y este le exhalara su grito de esperanza? El enfermo necesita creer en su propia curación para poder luchar contra la enfermedad.

El ser humano ha hecho un gigantesco esfuerzo intelectual a través de toda su historia para encontrar una definición del hombre que fuera capaz de dar sentido, dirección y significado a su dolor, su sufrimiento y su muerte. Esta ha sido una constante histórica en toda religión y en todo credo. La presunción y la desesperanza son como los dos límites dentro de los cuales se encuentra la esperanza. La presunción nos lleva a desestimar los impedimentos que existen para obtener el bien que deseamos. La esperanza nos lleva a usar cualquier medio que Dios nos ha puesto a disposición para alcanzar nuestro propósito. Ante la adversidad, la esperanza motiva la sanación. Engendrar poca esperanza induce al paciente a la desesperanza, engendrar demasiada induce al paciente a falsas expectativas. Por la esperanza trascendental se pueden aceptar la injusticia de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, aunque esta esperanza trascendental, por la experiencia que exige de Dios mismo, resulta más difícil de sobrellevar por el profesional de la salud.

Por otra parte, como afirma Edmund Pellegrino, la relación sanadora que se establece entre el médico y el paciente constituye el pilar, el principio que forma y define a la medicina y el origen de sus funciones únicas y obligaciones<sup>3</sup>. Muchas enfermedades solo pueden ser entendidas y resueltas en el contexto de una estable y adecuada relación médico-paciente. Se necesita conocer a la persona en relación con la enfermedad. El paciente y el médico deben saber lo que está ocurriendo. En esta relación intervienen tanto la fe, en el sentido de la confianza que se deposita en la persona del médico, como la razón. El médico tiene en cuenta la vulnerabilidad en que el paciente se encuentra. No se trata de una relación de igual a igual. La relación se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico<sup>4</sup>. Por otra parte, una de las tareas del médico es establecer un puente entre la medicina como ciencia objetiva y el paciente como individuo único y sujeto a vulnerabilidad. El paciente deposita su fe en las capacidades del médico sobre actuar de la mejor forma en la recuperación de la salud. El médico actúa por beneficencia buscando el bien del paciente. De acuerdo con Pellegrino<sup>5</sup>, el bien es una idea compuesta consistente en el siguiente orden jerárquico: 1) Lo que es médicamente bueno. 2) Lo que es definido como bueno por el paciente en términos de lo que él percibe. 3) Lo que es bueno para los seres humanos en

general. 4) Lo que es bueno para los seres humanos como seres espirituales. La beneficencia y el respeto por las personas, que es la fundación moral de la autonomía, son congruentes no antitéticos.

La naturaleza de la enfermedad, el carácter social del conocimiento médico y la fidelidad a las necesidades del paciente generan un fuerte lazo moral y una responsabilidad. El médico tiene la obligación moral de dirigir el proceso para alcanzar una decisión sobre el tratamiento más adecuado, de forma que las capacidades que tenga el paciente para tomar una decisión sean aumentadas en el grado que la enfermedad lo permita. Dar la información necesaria para tomar esta decisión, decir la verdad acerca de la condición del paciente, no hacer daño, mantener promesas, ayudar al paciente a tomar una decisión que sea libre, no manipulada y auténticamente suya. Se ha de valorar la autonomía del paciente como un ser espiritual capaz de establecer una alianza en términos de un voto de confianza.

Cada paciente es diferente y el médico debe discernir la manera de dar la información que mejor se adapte, actuando en el mejor interés y de acuerdo como lo defina el paciente. Hay pacientes que prefieren encarar el problema gradualmente y otros que prefieren saberlo todo de una vez. Para aquel que cree en un milagro, hay que esperar con él, pero presentar la realidad gentilmente, reconociendo que la bondad y solicitud de Dios existen en forma independiente de la concesión del milagro. Cuando la salud no se puede restaurar, la esperanza lleva a aceptar la muerte y el proceso de la misma. Aquí se sanan la psicología y el espíritu, ya que el cuerpo no puede, librándose el paciente de la angustia.

Surge de lo expuesto hasta ahora un Modelo de Alianza en la relación médico-paciente, basada en el voto de confianza que el paciente le da al médico. Aquí el médico actúa por beneficencia, buscando solamente el bien del paciente.

## **Naturaleza de la relación: Modelos de la relación médico-paciente 6**

Para que un modelo de relación médico-paciente se acerque más a una relación de equilibrio entre la confianza que el paciente otorga al médico tratante y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, ha de proveer las bases para que se establezca un diálogo entre el médico y el paciente y una relación de mutua confianza, desinteresada. En circunstancias ordinarias, el tomar decisiones es tarea de ambos, médico y paciente, respetando siempre la integridad de la persona. El médico toma decisiones por y con el paciente, no en lugar del paciente. Sin embargo, lo que sucede en la mayoría de los modelos de actuación en la relación médico-paciente es precisamente lo contrario 7.

Son varios los modelos 8 que encontramos hoy en la literatura sobre la relación médico-paciente. En este proyecto nos vamos a referir solamente a aquellos que de alguna manera hacen más patentes sus debilidades y flaquezas en una atención integral humanizada, señalando al mismo tiempo, según nuestro parecer, cuál sería el modelo que en su actuación se acerca más a dicha atención.

### **1. Modelo Hipocrático**

Se cree que es Hipócrates el fundador de este modelo de carácter paternalista, seguramente el más antiguo, pero todavía vigente en la relación que mantienen muchos médicos con sus pacientes, en algunos contextos culturales de nuestros países. En este modelo, el médico se esfuerza en determinar lo que es lo mejor para el paciente, prescindiendo del paciente mismo, esto es, sin que este intervenga en la decisión. El médico, presuponiendo que es quien más sabe sobre la enfermedad del paciente, entabla con él una relación paternalista, en la que implícitamente retiene que lo mejor para el paciente es que no intervenga en la toma de decisiones, debido a la ignorancia sobre su caso. Se supone que el paciente estará agradecido por las decisiones tomadas por el médico aun cuando no esté de acuerdo en el momento de la decisión. El médico, por otro lado, y aquí está el carácter paternalista, determinará las mejores pruebas y tratamientos que restaurarán la salud del paciente o aliviarán su dolor e, incluso, le informará para que acepte, pero prescindiendo de su consentimiento. En este modelo de relación, desaparece el principio de autonomía del paciente. Al paciente se le trata como a alguien que no tiene capacidad de autonomía en lo que se refiere al uso de su razón para tomar decisiones. Se tiene en cuenta la vulnerabilidad del paciente en sentido equivocado; en vez de ayudarlo para que tome decisiones se prescinde de él por creer que en medicina quien más sabe es el médico y que la opinión del paciente es superflua. Sus opiniones no cuentan y, peor aún, no cuenta lo que está detrás de esas opiniones: sus motivaciones, lo que es importante para él, sus temores y frustraciones.

## **2. Modelo tecnológico**

Este modelo surge del poder tecnológico de la biología y medicina modernas. Se ve al paciente solo desde el punto de vista de su carne, como si fuera solo un conjunto de órganos, tejidos, huesos, nervios, etc. y no una persona, un ser espiritual. Se confía todo al poder de la técnica y se deja a un lado a la persona.

En general, los médicos están más entrenados para hacer preguntas que para escuchar al paciente. El médico se enfoca más en la enfermedad o psicopatología que en la persona que la tiene. Al médico escuchar y recoger la historia personal del paciente le resulta hasta irrelevante, mientras que los datos obtenidos por la tecnología médica le resultan claros y objetivos. El paciente llega a la consulta premunido de tantos exámenes y documentos, que vuelven casi innecesaria su presencia e inútil la propia experiencia del mal que le aqueja. Existen también otros factores que hacen que esto sea así: la poca habilidad comunicativa del médico o del paciente para hacer las preguntas oportunas, la falta de confianza del paciente en el médico para poder revelar problemas íntimos, tendencia del médico a dejarse llevar por sus propias expectativas sin escuchar lo suficiente al paciente.

En este modelo tecnológico, se miran solo los aspectos fisiológicos del problema y se ignoran las personas con todos sus valores psicológicos y espirituales.

## **3. Modelo legal**

Este modelo se caracteriza porque el médico y el paciente firman un contrato legal de común acuerdo, que limita la naturaleza de la relación. Este modelo tiene su origen en el carácter legalista de la sociedad en que vivimos. Está sujeto a disputas sobre su cumplimiento. Se pasa a

una situación de contrato legal en la que el paciente puede demandar al médico al interpretar que este no está siguiendo el contrato. Cuando no hay confianza, la relación médico-paciente queda circunscrita al campo de lo jurídico: cumplir un contrato y protegerse de conflictos legales, dejando a un lado la relación de persona a persona. Se podría llegar a la situación absurda de no intervenir en una situación de urgencia y gravedad por no tener conocimiento cierto de la póliza de aseguración del paciente a efecto del contrato legal para dicha intervención. La falta de confianza entre el médico y el paciente es mutua. La pérdida de confianza en el médico y el distanciamiento de este con el paciente constituyen la razón fundamental por la que se habla hoy día de deshumanización de la medicina 9.

#### **4. Modelo comercial**

En este modelo, el médico es un agente comercial, el paciente es un consumista de la medicina cuya autonomía en esta relación es absoluta, y la medicina, como consecuencia, queda sujeta a la economía de mercado 10. Si en el modelo anterior el acento estaba puesto en el carácter legal de la relación, en el modelo comercial el acento está puesto en la absoluta autonomía del paciente a la hora de tomar decisiones y consumir medicinas. El médico es solo un asistente técnico que proporciona todos los detalles posibles de las alternativas de tratamiento, pero es el paciente el que con sus valores y sus juicios toma las decisiones, sin que importe el juicio del médico. La competencia del médico se asegura, porque se trata de un buen negocio. Una medicina que se guía por la economía de mercado difícilmente se sujeta a las reglas de la ética, sino más bien a las fuerzas que regulan la economía. Se asume que el paciente siempre sabe exactamente lo que siente y lo que quiere, aun en circunstancias enormemente complejas o que dejan al paciente en una situación de enorme vulnerabilidad emocional. El sistema de salud se ve como un servicio que debe ser pagado en el mercado en términos del consumidor, en términos de la decisión que tome el paciente como consumidor sobre el tratamiento a seguir, sus costos, beneficios y riesgos.

#### **5. Modelo de alianza 11**

Bajo el modelo de alianza, la relación médico-paciente consiste fundamentalmente en la confianza que el paciente deposita en la conciencia del médico. El médico elucida los valores del paciente y lo que realmente quiere y le ayuda a seleccionar la intervención médica que esté en consonancia con los valores del paciente, que tienen relación con su cuerpo, su alma y su espíritu 12. El médico tiene en cuenta la vulnerabilidad en que se encuentra el paciente. No se trata de una relación de igual a igual. La relación se basa en el voto de confianza que el paciente le da al médico. El médico actúa por beneficencia buscando el bien del paciente. El principio arquitectónico de la medicina es el bien del paciente. Los componentes de este bien ya los hemos enunciado anteriormente.

El médico tiene la obligación de proveer al paciente de la información sobre la naturaleza de su condición y de los riesgos y beneficios de posibles intervenciones y de asistir al paciente en la elucidación y articulación de sus valores y en determinar la intervención médica que se adecua a esos valores.

El médico actúa como consejero, el paciente es el que toma la decisión. Se valúa la autonomía del paciente como un sujeto en proceso de conocerse a sí mismo y capaz de tomar decisiones

médicas compartidas. Se necesita un médico capaz de interpretar valores, con experiencia, con visión intuitiva de las necesidades del paciente y sensibilidad espiritual. El médico ha de desarrollar la sensibilidad que le haga capaz de entrar en comunicación de espíritu a espíritu con el paciente y de apreciar detalles íntimos de la vida del paciente y respetar sus emociones. Se requiere el arte de la escucha, que envuelve todos los sentidos, no solamente los oídos. El médico debe estar atento al lenguaje del cuerpo no verbal, como el gesto que esté en contradicción con lo que se está diciendo, o movimientos que hablen de un estado interior de estrés o angustia.

El médico no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisiones. Hay que entender tanto el problema médico como la persona que se halla detrás de los síntomas, con su carácter, su tipo de educación y sus características familiares. Este método tiene aun mayor relevancia cuando el paciente tiene deficiencias comunicativas por cultura o por carácter. El paciente debe ser exhortado a tomar sus propias decisiones, pero si él las deriva al médico, este no puede negarse a ayudarlo, y debe poner su esfuerzo en encontrar lo mejor para el paciente de acuerdo con sus características personales. Por otra parte, el médico se halla muchas veces con pacientes que han de enfrentarse a pérdidas y sufrimientos que afectan su valor existencial y esto puede comprometer al médico en su propia vulnerabilidad. En ocasiones, la naturaleza del problema del paciente requiere establecer un nivel de confianza en que el médico sea capaz de soportar emociones fuertes para que sea efectivo y promueva la salud en la comunicación. Se requiere que el médico dé de sí mismo, abierto a lo que el paciente tenga que decir y a encontrarse con el sufrimiento que el paciente esconde de su propia vida. Además, el médico debe evitar con su lenguaje herir al paciente o violar su integridad.

## **Conclusión**

Qué importante es entonces la concepción del ser humano con la que trabajemos en la relación médico-paciente. Esta concepción no puede dejar fuera de la definición del ser humano ningún campo de valores esenciales y fundamentales sin fijar. Sólo así la relación médico-paciente, concebida como una alianza en la que el paciente deposita su confianza en la conciencia del médico, puede ser una relación verdaderamente humana.

Establecer y sostener una fuerte relación médico-paciente constituye una meta importante en la práctica médica, ya que es a través de esta relación que se efectúa la curación. Esta se realiza mucho mejor cuando se unen el arte y la ciencia de la medicina, cuando cuerpo, psicología y espíritu son tratados en conjunto. En la relación médico-paciente intervienen tanto elementos racionales como espirituales, ya que es con estos elementos que el ser humano funciona y esto hace posible la relación de persona a persona. Se han de formar, por tanto, médicos no solo con un conocimiento científico excelente, sino también capaces de transmitir confianza y de cultivar valores y aptitudes relacionales, en especial aquellos necesarios para la práctica de la medicina. El médico debe ser educado en ética médica y en los valores, de forma que sepa anteponer el interés del paciente al suyo personal, y saber lo que significa ser un buen médico y un buen profesional, formando su carácter moral. También el médico debe desarrollar habilidades comunicativas, ya que es a través de la comunicación con los pacientes que se forja una relación y que estos sienten que son tratados como personas. Las habilidades comunicativas ayudan a que el paciente se sienta satisfecho, facilita el resolver dilemas éticos y la toma de decisiones para el tratamiento terapéutico.

La medicina se beneficiaría y se humanizaría si los médicos funcionaran en su relación con el paciente en un modelo de alianza que respete integralmente al ser humano, ocupándose con la misma fuerza del dolor de su carne como del sufrimiento de su espíritu, no bajo un modelo paternalista que deja a un lado la autonomía del paciente ni bajo un modelo contractual o consumista, que comercian con el dolor y el sufrimiento humanos y dejan a un lado la confianza que ha de establecerse entre el médico y el paciente ni tampoco bajo un modelo tecnológico que ignora los factores psicológicos y espirituales de la enfermedad.

## Referencias

- 1 Ver Rodríguez Guerro A. y Rodríguez Yunta E. Antropología y cultura médica contemporánea, pág. 452-459. Ed. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja (Ecuador) 2004.
- 2 Goic Goic A. (2004) Grandes médicos humanistas. Ed. El Saber y la Cultura, Santiago de Chile. Prefacio de Humberto Giannini, pág. 9-10.
- 3 Pellegrino E. D. "The Healing Relationship: The Architectonics of Clinical Medicine", The Second Annual Grant Taylor Lecture (1982), the University of Texas. Citado por Rodríguez Guerro A. y Rodríguez Yunta E. En: Antropología y cultura médica contemporánea. Ed. UTPL. Loja-Ecuador 2004, pág. 452-459.
- 4 "El conocimiento que se funda sobre la confianza interpersonal está en relación con la verdad: el hombre, creyendo, confía en la verdad que el otro le manifiesta" (Fides et Ratio III, 32). Juan Pablo II define la relación médico-paciente como "el encuentro entre una confianza y una conciencia". Carta a los agentes sanitarios, pág. 9.
- 5 *Ibíd.* Pellegrino, E. D. y Thomasma D. C. (1993) The Virtues in Medical Practice, Oxford University Press, pág. 58.
- 6 Ver Rodríguez Guerro A. y Rodríguez Yunta E. Antropología y cultura médica contemporánea, óp. cit., pág. 453-459.
- 7 Rodríguez Yunta E. (2004) "Relación médico-paciente y práctica médica". En: Diálogo y cooperación en salud, diez años de bioética en la OPS. Ed. Andros, Santiago, Chile, pág. 65.
- 8 Paternalista, contractual, consumista, biomédico, interpretativo, deliberativo y otros más personalizados, como el de Carol Taylor o el de Letterman.
- 9 Ver Rodríguez Yunta E., *ibíd.*, pág. 66-67. 10 Ver Emanuel E. J. y Emanuel Ll. "Four Models of the Physician-Patient Relationship", Journal of the American Medical Association 267 (1996): 2221-2226.9 Ver Rodríguez Yunta E., *ibíd.*, pág. 66-67.
- 10 Ver Emanuel E. J. y Emanuel Ll. "Four Models of the Physician-Patient Relationship", Journal of the American Medical Association 267 (1996): 2221-2226.
- 11 Ver Rodríguez Guerro A. y Rodríguez Yunta E. (2004) Antropología y cultura médica contemporánea Ed. UTPL, Loja-Ecuador.
- 12 Ver Emanuel E. J. y Emanuel Ll., *ibíd.*, pág. 2221-2226.