

LA PROBLEMÁTICA ACTUAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: UNA VISIÓN REDUCCIONISTA VS. UNA VISIÓN INTEGRADORA.

Luis Martín Bernal Lechuga

Área Académica de Medicina, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (Hidalgo, México)

E-mail: lbernal75@hotmail.com



Introducción

El término relación involucra a dos o más personas, objetos, variables, etc. Escribir sobre la relación médico-paciente obliga a considerar todos los aspectos y participantes que intervienen en la misma. Mucho se ha escrito acerca de que la relación médico-paciente actual enfrenta una grave problemática al grado de que algunos autores como Césarman consideran que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado de existir (1).

Sin embargo, la mayoría de los interesados en su estudio y en proponer soluciones a la distorsión, se aproximan con una tendencia casi exclusiva en uno de los involucrados que generalmente es el médico, y al que señalan como el único culpable de la ruptura; considerando al paciente como estático y homogéneo; peor aún olvidan que ambos forman parte de una sociedad.

En otras palabras, el énfasis en la díada, al menos implícitamente ha persistido en un enfoque en el que el único responsable es el médico. Al parecer éste es el enfoque favorito de los que gustan hablar y escribir sobre némesis médica tratando de regresar al médico a una edad de piedra o de los que esperan encontrar la solución al problema en el médico, como el único participante; tal vez porque el involucrar al paciente y a la sociedad alterará sus escritos además de resultarles más complejo. Este enfoque es al que me permito llamar “visión reduccionista”.

Los partidarios de la “visión reduccionista”, encuentran que algunas de las causas de la actual distorsión de la relación en estudio se deben a problemas en la formación del médico, al tiempo que reconocen la diferencia que existe en la relación en la práctica privada calificándola de buena o excelente, ¿no es esto una contradicción?, ¿acaso existen dos tipos de Facultades y Escuelas de Medicina en el país, las que forman médicos que desempeñarán sus actividades en el medio institucional y otras para los que lo harán en el medio privado?, y ¿ las primeras no incluyen en sus planes de estudios la esencial disciplina de la ética y las segundas sí lo hacen?. Como esto no sucede, argumentan entonces, que en la práctica privada existe de por medio el factor económico (las ganancias que el médico obtiene), y por ello el trato diferenciado. ¿Serán realmente estos factores los determinantes? o, cabría la posibilidad de detenerse a pensar que detrás de esa buena relación se encuentran una serie de circunstancias tales como, que en el medio privado el paciente tiene la libertad de elegir al médico que consulta; que ambos tienen una gama de tratamientos disponibles el médico por ofertar y el paciente por seleccionar; que no esta de por medio la duración y el número excesivo de consultas por atender; que el medio institucional de ahora no mantiene los principios de su fundación; etc..

No esta de más recordar que en el medio institucional actual ocurre exactamente lo contrario a lo expuesto previamente, el paciente no tiene la posibilidad de elegir al médico que consulta, el médico se ve limitado en cuanto a las variedades de tratamientos, y el paciente además de desconocerlas también las tiene restringidas; existe de por medio cronometrado el tiempo máximo para cada tipo de consulta, de primera vez y subsecuente, como si todos los pacientes tuvieran el mismo padecimiento y situaciones que comentar de aquellos en los que se efectuaron las mediciones; y/ o se adaptan al sistema, o el paciente opta por no utilizar los servicios y recurrir a una mejor opción (la consulta privada con un médico), y el médico por quedarse sin empleo.

Adicionalmente, se encuentra el papel que la sociedad confiere al médico y al paciente; las revoluciones tecnológica y comercial actuales. La percepción de éstas y otras consideraciones es a lo que me permito nombrar "visión integradora".

El médico, el paciente y la sociedad ejercen entre sí una acción sumamente compleja, y cada uno hace contribuciones a favor o en contra de la relación médico-paciente. No pretendo desmentir que el médico (sin generalizar a todo el gremio) ejerce gran influencia en la problemática que enfrenta actualmente la relación médico-paciente, pero si hacer una reflexión acerca de la naturaleza del problema, sobre la manera como se investiga y actúa al respecto.

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es un proceso interpersonal, intersubjetivo y que enfrenta en una relación dinámica al paciente que se reconoce por lo menos socialmente como tal, con el médico a quién también se reconoce como tal. Es el campo de acción médica y se configura dentro de un contexto transferencia-contratransferencia. El "símbolo cura" y el "símbolo curación" se ponen al servicio de la dinámica. Aquel que adopta el papel de enfermo, por cualquiera que sea la razón, se siente así mismo, por lo menos temporalmente, incompleto, debilitado y abierto al miedo, la amenaza de la enfermedad física o mental lo despoja de sus defensas "normales", y lo vuelve más frágil. Por supuesto si la enfermedad es severa además carga con el miedo final de la muerte misma, del no ser; y apela en forma global y casi manifiesta que el médico lo "cure" con su acción o con su medicamento.

Esta fantasía transferencial de restitución junto con la transferencia homologa con la que el médico le corresponde "quiere que el paciente se cure", basado en el hecho de que él tiene lo que el paciente quiere y necesita; cimienta un hecho médico, en un campo de deseos repressivos narcisísticos de ambos. En él, ambos deben de estar de acuerdo en conceder el honor a la naturaleza toda vez que se logra la "curación". Existe una asimetría en los papeles basada en etiquetar al paciente como pasivo y dependiente y al médico como experto, el uno con necesidad de protección y el otro con necesidad de control. La existencia misma de la relación se basa en la premisa de que el paciente no sabe lo que sabe quien lo trata. El médico espera que el paciente acepte lo que él recomienda en sus propios términos; el paciente busca servicios en sus propios términos; en el hecho de que cada uno busca que sus propios términos ganen, existe el conflicto. El patrón de relaciones ejerce influencia en el contenido de la interacción, independientemente de las características individuales de los participantes (2,3,4)

Para entender la dinámica de esta relación tan compleja en los tiempos actuales, es necesario revisar cuando menos parcialmente las principales circunstancias que conducen a la tan nombrada distorsión en la misma. Para tal fin, se propone un abordaje por separado de las mismas en cada uno de los participantes, lo cual no implica que ocurran de forma aislada.

Sociedad

La sociedad confiere roles al paciente y al médico. Un paciente, por definición, es incapaz de realizar sus papeles sociales normales; una sociedad no puede afrontar por mucho tiempo la toma endémica o epidémica del papel del paciente e interpreta su papel como indeseable, temporal y básicamente disociador. El elemento decisivo al asumir el papel de paciente probablemente no es sólo el hecho de la enfermedad o el accidente, sino el reconocimiento por parte del individuo afectado o ciertas otras personas de una necesidad de ayuda particular para adaptarse a esa condición. Al paciente se le hace dependiente de la sociedad sana. Algún tipo de proceso terapéutico, espontáneo o con ayuda, se concibe como necesario para la recuperación. Dentro de esta red, el médico es uno de los tantos a quienes se consultan y, lo que es más, cada persona consultada, ya sea un profesional o no, es una fuente potencial de diagnóstico, prescripción y también de referencias.

La sociedad le encarga al médico implícitamente el devolver a la persona afectada su funcionamiento completo en relación con sus obligaciones sociales. Esto es, el médico es el símbolo del sano y normal encuentro del enfermo, (es parte de ser una profesión el que se le dé poder oficial de definir y por ende crear la forma de segmentos problemáticos de comportamiento social: el juez determina lo que es legal y quién es el culpable, el sacerdote lo que es santo y lo que es profano, el médico lo que es normal y quién está enfermo). La actitud profesional hacia el paciente tiene muchas facetas, pero su centro es probablemente la neutralidad afectiva, el vital mecanismo de distanciamiento que previene al médico de convertirse en el colega emocional del paciente en la enfermedad, destruyendo así su juicio objetivo y su eficacia terapéutico-educativa. La posición neutral del médico no quiere decir que el sea determinadamente insensible, sino más bien que su respuesta emotiva primaria es controlada y complicada. Estrictamente hablando, el médico ideal muestra simpatía pero no empatía, entendimiento intuitivo sin una involucración de escala completa: debe entender los sentimientos del paciente sin sentirlos él mismo. Este ideal de neutralidad medida puede alterarse de muchas maneras. Puede ser el elemento más artificial, tanto como el más elemental, en el papel profesional y uno de los aspectos más difíciles de “aprender” durante su formación profesional.

Existen dos dimensiones importantes en su actitud profesional; la primera es la tendencia a tratar a todos sus pacientes de manera similar, por supuesto que no prescribiendo terapias idénticas, sino más bien visualizándolas en algún sentido como miembros iguales de un universo de salud y de enfermedad; la segunda es la norma de la especificidad funcional, que obliga al médico a limitar su atención y sus actividades a un ámbito rígidamente circunscrito a lo estrictamente “médico”. La línea que separa el ámbito médico del no médico es, entonces, cambiante y, puede verse envuelto en una serie de preocupaciones globales que las que se comparan más con la de un sacerdote-hechicero (los médicos son descendientes directos de éstos personajes), que con las de un técnico hospitalario (5).

En la época actual se han dado cambios en la tecnología, en la organización de los servicios de salud y en su costo; los cuales han dado origen a la medicina tecnificada (al grado que se concibe un hospital sin médicos, pero no sin máquinas) y comercializada; y ante esta situación la relación médico-paciente ya no es buena ni mala, simplemente dejó de existir (6).

Con respecto a la tecnología el filósofo Martin Heidegger, manifestó: “...El desarrollo de la técnica se efectúa cada vez con mayor velocidad y no podrá ser detenido en parte alguna. En todas las regiones de la existencia el hombre está cada vez más estrechamente cercado por las fuerzas de los aparatos técnicos y de los autómatas. Los logros del mundo técnico son conocidos y públicamente admirados por el camino más rápido. Pero una cosa es haber leído u oído algo, y otra cosa es reconocerlo, es decir, pararse a pensarlo. Se admira incluso la audacia de la investigación científica y no se piensa nada al respecto. Lo verdaderamente inquietante, con todo, no es que el mundo se tecnifique enteramente. Mucho más inquietante es que el ser humano no esté preparado para esta transformación universal; que aún no logremos enfrentar meditativamente lo que propiamente se avecina en esta época. Para todos nosotros las instalaciones, aparatos y máquinas del mundo técnico son hoy indispensables. Dependemos de los objetos técnicos; nos desafían incluso a su constante perfeccionamiento. Sin darnos cuenta nos encontramos tan atados a los objetos técnicos que caemos en relación de servidumbre con ellos. La revolución de la técnica es tal que puede llegar a que el pensar calculador sea el único válido y practicado” (7). Sin lugar a dudas es una reflexión tan atinada y aplicable a la época actual que pareciera la hubiera hecho hace a penas unos cuantos días.

La ciencia moderna fuerza a la naturaleza a que le brinde respuestas, parecería que la estuviera torturando. Cuando los pacientes padecen enfermedades no bien entendidas dentro del control terapéutico de la medicina moderna, el problema principal del médico y el paciente es el de adaptarse a las experiencias tensionantes causadas por la “incertidumbre”. Es preciso reconocer que el avance de la ciencia se ha dado en forma pareja con un retroceso en el cuidado general de la salud y en la prevención de las enfermedades.

La medicina sólo constituye uno de los aspectos de la vida social, que nos plantea problemas a través de la ciencia, la racionalización, la automatización y la especialización (ya no se consulta a un médico sino aun grupo de especialistas) (8).

Aparece también el problema de la comercialización de la medicina. La medicina privada de antaño ha dejado de existir. Ahora es la medicina empresarial. Ésta no ha resuelto el problema de la asistencia médica de manera universal, pues es inaccesible para la mayor parte de la población. Por ello la antigua asistencia pública se ha transformado, ahora, en las diversas modalidades de medicina social. Para apoyar a la medicina empresarial han surgido los seguros privados de salud. Éstos tampoco resuelven el problema, pues son caros y se otorgan con muchas cláusulas limitantes. Son un negocio y no un servicio. Los seguros privados de salud tienden a racionar la oferta de servicios, mientras que los sistemas sociales de salud tienden a racionar la demanda. Paralelo a la industrialización de la medicina aparece el fenómeno de la burocratización, que nuevamente ocurre en todos los ámbitos, pero que en el campo de la medicina despierta mayor interés, en el que se da el caso de la desintegración de la persona, resultante de la objetivización de una multiplicidad de datos; y esto es tal que ahora el hombre es considerado un recurso, un recurso humano. Para un amplio segmento de la población general, la relación médico-paciente se está sustituyendo; el paciente no contrata los servicios de una persona profesional sino de una institución profesional (9).

El mercado se ha llenado de miles de medicamentos gracias al asombroso logro de la química moderna. Algunos de ellos son verdaderamente sorprendentes. Imposible aprenderse los nombres comerciales de todos. Muchos de estos medicamentos nuevos son variedades de un mismo medicamento original, sólo que más caros. La industria farmacéutica es violentamente competitiva. Se difunden en la prensa verdades a medias para pregonar las bondades del medicamento que se vende y los defectos del medicamento de la competencia. Se desorienta al público. La intención es que pacientes "bien informados" exijan o le rechacen al médico ciertos medicamentos (10). Las revistas científicas de temas médicos están plagadas ahora de esta propaganda.

Illich le asigna a la industrialización y a la tecnología las causas de lo que considera una medicalización innecesaria de nuestra sociedad. Gaddamer comenta al respecto: "...En el gran aparato de nuestra civilización, todos somos pacientes" (11).

Se puede apreciar que el médico es "lentamente proletarizado", y los pacientes son colectivizados en un movimiento consumista; pero con todo y esto la perspectiva interpersonal debe resistirse tenazmente a desaparecer. La medicina parece ser una verdadera ciencia universal, especialmente si a ese todo se le suma el todo de nuestro mundo social.

Médico

La problemática se genera desde la formación del médico. Los profesores que eran profesionistas de prestigio, fuente de inspiración y de entusiasmo, con gran vocación académica y científica; los románticos de la medicina, comienzan a desaparecer de las aulas de las Facultades y Escuelas de medicina. Las grandes personalidades de la medicina se esfumaron. El ejercicio de la medicina no admite sustituto para la excelencia, deben existir sólo médicos preparados, estudiosos, responsables, honestos y trabajadores. Los médicos sólo pueden ser de primera. No hay diagnóstico simple ni tratamiento sencillo (12).

El médico de la actualidad ejerce control sobre el paciente al que considera siempre ignorante en cuestiones de salud. Es soberbio, pretende dominar al paciente, olvida que el paciente sólo estará bajo su tratamiento hasta que se recupere y que debe aconsejarlo y ayudarlo. Separa a la enfermedad de la persona y no piensa en la relación entre el paciente con su enfermedad y trata a la primera como un ente propio con el cual es necesario acabar. En la revisión clínica de hoy, reconstruye al paciente como sobre la base de un fichero, si ha extraído las fichas que corresponden, los valores serán los propios, pero entre ellos no figura su valor como persona del

paciente, evidentemente esto sucede en el caso del paciente encerrado dentro del aparato de una clínica. Exagera la enfermedad y sobre valora una imposible salud. Es cada vez más tecnócrata y se distancia de la ciencia, aprender a manejar máquinas y a apretar botones nada tiene que ver con el conocimiento científico. Trabaja con más recursos, pide los estudios que desea e impone el tratamiento necesario; sin angustiarse por la capacidad económica del enfermo; sin considerar que el tratamiento del médico implica también conceder libertad de decisión al paciente y no sólo formular prescripciones o escribir recetas. Olvida que el arte de su profesión supone saber escuchar y entender al enfermo; saber llevar afecto la sucesión de hechos clínicos y que para resolver todo lo relacionado con la clínica se debe tener una formación ética, que la ética clásica establece el conjunto de virtudes que debe reunir el buen médico. El médico de consultorio a la antigua es una especie en extinción (13,14,15,16).

En contraparte, el médico al igual que toda la sociedad y todas las profesiones recurre a la racionalidad de la ciencia y a los recursos de la tecnología. Gran parte de la distorsión de la relación médico paciente se atribuye a la técnica, y sin embargo, difícilmente se considera médico en la actualidad a un médico sin aparatos sofisticados o sin acceso a ellos. Los médicos que desean evitar gastos y procedimientos inútiles incluso riesgosos a sus enfermos pronto son descartados y sustituidos por otros más agresivos, más a la "moda". En los sistemas institucionales se le limita a ciertos tratamientos, por la demanda existente se le satura de consulta e incluso se calcula un tiempo para la atención y para el número de cada una de las mismas. También en este sistema la gran mayoría de los hospitales y clínicas pueden carecer de lo fundamental y son atendidas por médicos heroicos. Los sistemas de salud social, generalmente funcionan con base en un trabajo médico barato en este caso la satisfacción del médico es más profesional que económica aunado en que dentro y fuera del sistema la mayoría de los médicos obsequian parte de su trabajo. Nada resulta más chocante para el verdadero médico que cobrarle al enfermo, que el poner precio a su trabajo, que tener que vivir de sus pacientes. El médico es el que da la cara tanto por el sistema industrial y comercial de la salud como por el sistema burocrático social, es el representante social de ese inmenso enjambre, le toca toda la responsabilidad y la peor y más pequeña de las partes. Se ha convertido en instrumento involuntario de un cierto abuso, de un consumismo irracional de la industria de la salud; el que todas las empresas relacionadas con tal industria obtengan enormes utilidades, no compete al médico. Lo dicho hasta aquí podrá resumirse en una frase de Eduardo Césarman: "la tecnología minimiza el papel del médico; la mercantilización lo desvirtúa y la socialización lo proletariza" (17).

En el estado oculto de la salud se reconoce el misterio de la vitalidad. Tal es la vida y así también alcanzar a rozar la muerte. El médico, en tanto experto, es, precisamente quien se ve enfrentando a ese doble aspecto de la existencia. Por esta razón todo médico formula el juramento hipocrático. Pero se sabe también hasta que punto pesan sobre su conciencia el aparato de nuestra civilización, la experiencia de la muerte y los problemas relativos a la prolongación de la agonía; y es que para todo médico primero es la vida, luego la función y por último la estética del paciente.

En el médico se da una especial curiosidad por la naturaleza y una irrenunciable vocación de servicio. Como en ninguna otra profesión, en él convergen ciencia y humanismo. Se es médico, en la abundancia y en la pobreza; de ricos y pobres; con el recurso de costosos equipos o con sólo los órganos de los sentidos; en un gran hospital o en la selva; en un ambiente higiénico o en la insalubridad, fecalismo y contaminación; en la paz y en las catástrofes; con bata blanca y sin ella; de día y de noche. Se es médico solidario y respetuoso, con sencillez, sin prepotencia, se es médico sin hacer alardes de sacrificio, sin sobreactuar el cansancio, sin pregonar la generosidad, para ser médico se requiere estilo. Cada médico lo es a su manera. Se es médico como se pueda.

Todo lo relacionado con el médico es ambivalente, son objeto de halagos y burlas; los maldicen y los llenan de bendiciones. Es la profesión más asediada (18,19).

Paciente

No es culpable ni inocente es sólo una víctima. Debe ser el más respetado en la relación, los principios de la bioética deben y buscan siempre su beneficio. Es un extranjero entre los sanos. Es el hereje, el infiel, el ignorante, el débil de carácter, el dominado, el subordinado. Debe tener el derecho de elección del médico de su preferencia, el médico elegido debe gozar de libertad (ninguna de estas situaciones ocurren en los actuales sistemas sociales). Hoy en día se relaciona más con los aparatos que con el médico. Debe tener los derechos a ser informado de todo lo que al él se refiera y posterior a otorgar su consentimiento; debe obtener la garantía de la confidencialidad en la información que manifieste; la opción a una muerte digna y la elección de asistencia moral y espiritual (20).

Esta sección es poco tratada, sin embargo es una verdad oculta que todo médico y algunos pacientes conocen muy bien, que hay del paciente que llega a preferir más a los aparatos y a los equipos, a tenerles más confianza que a los médicos que los manejan e interpretan los resultados que generan. El que exige la verdad y no desea que se le diga. El que oculta sus malos hábitos e insiste en que no los tiene. El que habla mal de otros médicos al médico con el que se encuentra en el momento y pronto hará lo mismo de éste. El que hecha la culpa de sus males a los medicamentos y/o al médico y no a la enfermedad. El que todo lo niega y dice estar muy bien. El que pone a prueba al médico guardándose información que el considera importante. El suspicaz que se cree saber medicina. El que no le agrada ir con un médico que no cobre, por el contrario le gusta ir con uno que le cobre mucho a otros, pero que a él no le cobre. El que aprovecha la presencia de un médico en un evento social para obtener una consulta rápida y ahorrarse el honorario, y que aún a sabiendas que ésta se llevó a cabo sin los recursos necesarios y sin una buena exploración por las circunstancias, al obtener la prescripción califica al médico en su calidad.

El que también quiere encontrar en el médico la felicidad y la explicación a sus conflictos existenciales; estos pacientes que se piensa son la minoría, ¿bajo qué códigos de ética actúan?, y hasta cierto punto es bien tolerada esta actitud, porque después de todo, salvo la posible excepción de aquellos con ciertos defectos congénitos severos, nadie nace siendo un paciente. Ni tampoco puede asumir esperar el papel de paciente como consecuencia de una secuencia de desarrollo normal, como el resultado de una educación para “ser paciente” (21).

Conclusiones

El binomio médico-paciente es fundamental en el acto médico, de manera que esta relación debe ser respetuosa, prudente y muy cercana al sufrimiento de los enfermos; dejando claro que el paciente debe ser el más respetado en la relación. Es necesario que el médico tome cada vez más conciencia de en que medida depende de el dialogo y la colaboración de su paciente; y que siempre que vaya a intervenir a un paciente en cualquier forma, le ofrezca una explicación de lo que le va a ser, que el paciente tenga la posibilidad de elección y otorgue su consentimiento voluntario; recordando que una sociedad pluralista las personas instruidas pueden influir en su evaluación cultural y moral de los riesgos. Se requiere un cambio en el actual sistema institucional que favorezca una adecuada relación médico-paciente, que a su vez detecte y corrija sus desviaciones; para lo cual los comités de ética ocupan un papel importante. La bioética debe permear a los estudiantes y figurar en las curriculas de las escuelas de medicina, instituciones universitarias y de posgrado, que forman profesionales de la salud (22). Es prudente otorgarle realidad a cierta condición del ser humano: la condición según la cual quizás el otro no sólo tiene derechos, sino que, a veces, también puede tener razón.

En está era que vivimos de la tecnificación, se debe rescatar el principio de que es nuevamente el hombre el importante (médico, paciente, miembro de la sociedad), y lo técnico un recurso, por más significativo que éste sea, sin negar y arrojar de sí lo que el hombre tiene de más propio, a saber: que es un ser que reflexiona.

Resumen

En el presente trabajo se hace una revisión de algunos de los argumentos comúnmente utilizados para el actual problema que enfrenta la relación médico paciente, los atribuibles exclusivamente al médico (visión reduccionista); y la propuesta de un abordaje que incluya a los participantes en la relación el médico, el paciente y el entorno (visión integradora); con principios filosóficos, éticos y sociológicos, para una posible explicación alternativa; con la intención de contribuir a definir con mayor rigor y pertinencia los problemas reales vinculados en la problemática actual en México de la relación médico paciente, para así diseñar estrategias más adecuadas para su solución.

Palabras clave: relación, medico, paciente.

Abstract

The present work is a review of the most common arguments used for the current problem within the relationship physician-patient, is carried out, those that are blamed exclusively on the physician (limited vision); and the proposal of an approach including all parties in such relation the physician, the patient and the environment (integrating view), with philosophical, ethical and sociological principles, for a possible alternative explanation. Attempting to contribute in defining rigorously and with relevance the real problems within the relation physician-patient, in order to design more adequate strategies for its solution.

Key words: relationship, physician, patient

Referencias

1. Césarman, E. 1998. Ser médico. México: Grupo Editorial Porrúa. pp. 7-47
2. Luchina I. y M Yovanetti 1982. Aspectos teóricos de la relación médico-paciente. En: El grupo Balint. Hacia un modelo clínico situacional. [I. Luchina] Buenos Aires, Argentina: Paidós/Grupos e Instituciones: pp.52-71
3. Gadamer. H.G.1997. El estado oculto de la salud. En: El estado oculto de la salud [HG Gadamer] Ed. Gedisa: pp.119-131
4. Bloom S. y R. Wilson .1996. Relaciones entre médicos y pacientes. En: Ética y salud reproductiva. [G. Careaga Pérez, J.G. Figueroa Perea, M.C. Mejía] UNAM y Grupo Editorial Porrúa: pp. 211-257
5. *Idem.*
6. Césarman, E. 1998., *Op.cit.*
7. Heidegger M., 1997. Serenidad. En: Filosofía, ciencia y técnica [M. Heidegger]. Santiago de Chile: Editorial Universitaria: pp. 15-30
8. Césarman, E. 1998., *Op.cit.*
9. *Idem.*
10. *Idem.*
11. Gadamer, HG 1997. Experiencia y objetivización del cuerpo. En: El estado oculto de la salud [HG Gadamer] Ed. Gedisa: pp 87-100

12. Césarman, E. 1998., *Op.cit*
13. *Idem.*
14. Gadamer, HG. 1997. El estado oculto de la salud, *Op cit.*
15. Velasco-Suárez, M. 1999. Los comités de bioética. *Conamed.4* (12):17-21
16. Hass-Martin S. 1990. La bioética fundamentos filosóficos y aplicación. *Bol Of Sanit Panam:* 108;391-398
17. Césarman, E. 1998., *Op.cit*
18. *Idem.*
19. Gadamer, HG. 1997. El estado oculto de la salud, *Op cit.*
20. Castellano-Arroyo M. 1998. La deontología médica: teoría y práctica. En: *Derecho biomédico y bioética* [CA Romero-Casabona, M. Casado, M Castellano Arroyo, J. Gafo, H. Gros Espelli y E. Roca Trias] Ed. Comares Granada, España: pp.29-58
21. Césarman, E.. 1998., *Op.cit*
22. Velasco-Suárez, M. 1999. *Op.cit.*