

Humanismo y medicina Algunas reflexiones pertinentes*

ADOLFO VERA-DELGADO • BOGOTÁ, D.C.

“Quien sólo de medicina sabe, ni medicina sabe”

Letamendi

El ser humano sano o enfermo, desnudo ante sí mismo, despojado de toda vacuidad, humildemente liberado de toda veleidad, como sujeto y destino de nuestra curiosidad científica y responsabilidad como médicos, es un ser animado que sueña y que sufre, es una individualidad que gravita en tiempo y espacio, sometida a las características propias de su entorno ambiental y sociocultural, pero igualmente dependiente de condiciones generales, universalmente aceptadas como propias de su condición humana.

Escudriñado en mente y cuerpo, bajo la óptica dominante del que teóricamente todo lo sabe, o disecado por el incompetente bisturí unidimensional de quien carece de una visión integradora y debe limitarse a remitir por segmentos disfuncionantes al enfermo total, ese ser humano, indefenso e impotente, es vejado y no infrecuentemente vapuleado por ese otro ser humano que se supone debe acompañarlo, con comprensión y afecto, en la búsqueda de su salud extraviada.

Coincidimos con el sujeto de paciencia, razonablemente etiquetado como paciente, en esa situación de temporalidad que nos aproxima, por circunstancias puramente fortuitas de obligada complementación: el uno está enfermo y el otro debe analizarlo, estudiarlo, diagnosticarlo y sanarlo. Pero el contacto inicial se establece a partir de un trato impersonal, cuando no distante, que le confiere a la relación médico paciente, como esencia fundamental del acto médico, unas bases injustamente precarias: la confianza y la esperanza del enfermo son sustituidas por aprensión, desencanto, escepticismo y frustración finales. No aprendimos a escuchar al paciente, a interpretar sus silencios y a investigar la razón de ser de sus actitudes. Olvidamos que la medicina es arte y ciencia al servicio del hombre, para aliviar su dolor, prevenir la aparición de enfermedades, promover una vida saludable y rehabilitar su perdida integridad física y mental. Y el infame día en el que permitimos el declive de la medicina interna como sabia especialidad que articula y dinamiza los diversos enfoques alrededor del enfermo, se inició la insensata proliferación de superespecialistas que terminaron desplazando al internista general de su legítimo sitio de honor en la conciencia colectiva de los médicos.

Unos ojos y unas manos que no generan en el paciente ese fluido vital de empatía, reconocimiento y receptividad de quien confía su salud y su integridad física y mental, como único patrimonio real, a otro individuo a quien hace un minuto acaba de ver por primera vez, son con infortunada frecuencia la dolorosa constante de infinidad de estos obligados encuentros. Y son, por supuesto, germen de legítima inconformidad o de franco rechazo.

Hemos ido perdiendo, de manera acelerada, el respeto y el afecto se nuestros conciudadanos y, en consecuencia, hemos descendido en la escala zoológica humana en la misma proporción que nuestro superego nos ha bloqueado la capacidad de presentir, avizorar y, finalmente, constatar la catástrofe. La relación médico paciente pasó de ser un ejercicio saludable de la amistad, la solidaridad y el respeto por la dignidad humana, fundamentados en una vocación de servicio a nuestros semejantes, a un encuentro de individuos que no se presentían, tampoco se aproximan ni mucho menos tendrán puntos de convergencia. No se dispone del tiempo suficiente para saludar con calidez, conversar con genuino interés sobre la estructura de su núcleo familiar y sus antecedentes patológicos y, mucho menos, sobre los conflictos de su entorno laboral, sociocultural, religioso, ambiental y sexo afectivo.

La imagen contemporánea del médico en ejercicio es la del mercader que oferta y ven-

* Conferencia Lombana Barreneche dictada durante el XVIII Congreso Colombiano de Medicina Interna. Octubre de 2004. Bogotá, D.C.

Dr. Adolfo Vera-Delgado: Médico Internista y Cardiólogo, Cali. Expresidente de la ACMI.

Correspondencia al Dr. Adolfo Vera-Delgado

E-mail: verde149@hotmail.com

Recibido: 23/10/04. Aceptado: 03/11/04

Acta Med Colomb 2004; 29: 297-301

de sus servicios a un alto costo, interesado en recuperar a muy corto plazo y lo antes posible, la inversión monetaria de su entrenamiento, obcecado en acrecer su patrimonio económico y su estatus social, poco receptivo y preocupado por su paciente. Probablemente su excelente calificación académica y profesional no logre disimular su precaria condición humana.

Hoy somos un espécimen diferente del que alguna vez pudimos ser. Un día funesto equivocamos el rumbo y, desde entonces, el deterioro de nuestra imagen profesional ha ido de la mano con nuestra pobre capacidad de respuesta frente a la agresión externa (léase sistema general de seguridad social en salud e intermediarios en el “negocio de la salud”), nuestra ausente vocación de autocrítica, nuestro menguado liderazgo en la comunidad universal, nuestra infinita capacidad de indecisión en los momentos cruciales de nuestra pequeña historia, nuestra conducta, recurrentemente torpe y punible, de sepultar sin vergüenza y sin castigo todos los fallidos intentos de unidad gremial, institucional, académica y programática sucumbiendo a la seducción del afán protagónico, tan propio de cada eslabón de la dirigencia médica. Fuimos incapaces de liderar el cambio para articular respuestas, modificar paradigmas, trascender en el tiempo, superar las crisis y el previsible tránsito hacia la deplorable situación que estamos heredándole a las generaciones médicas futuras. Fuimos, en fin, inferiores a un compromiso histórico.

La ausencia de sindéresis y coherencia en muchos de nuestros líderes gremiales le han significado a las organizaciones médicas un estancamiento, cuando no un retroceso, en el desarrollo de sus objetivos y propuestas. Y les ha proporcionado a nuestros agresores, públicos y privados, herramientas conceptuales suficientes para la toma de decisiones incorrectas e inapropiadas que han lesionado, quizás de manera irreversible, nuestro status profesional y nuestras condiciones de vida.

En una sociedad profundamente polarizada y segmentada, a pesar de la globalización en parámetros de productividad, crecimiento y desarrollo, no deja de extrañarnos y sorprendernos la conducta individualista, aislacionista y reductivista asumida por los profesionales de la salud frente a sus congéneres y frente a sí mismos. Un porcentaje escandalosamente mínimo de trabajadores del sector de la salud, ha respondido a la convocatoria de sucesivos movimientos de integración gremial. En consecuencia, cada día es más evidente el desinterés, por desencanto o negligencia, de las nuevas generaciones de especialistas y subespecialistas, para vincularse a nuestras sociedades científicas. ¿En qué hemos fracasado y cómo podremos corregir los errores cometidos? Un autoexamen crítico de nuestras falencias y dislates, de los aspectos coyunturales que afectaron una percepción veraz de nuestras sociedades, como instituciones científicas fundamentales, necesarias, funcionales y dinámicas, es perentorio en cualquier balance de gestión gubernativa para preservar la credibilidad y acrecentar la adherencia y el sentido de pertenencia.

Sólo en la medida que podamos perpetuar sensaciones

y certezas de solidez, renovación y trascendencia, podremos continuar en el camino de las exitosas sociedades que convocan y congregan, entregando beneficios objetivos y tangibles a sus miembros.

Nos hemos ausentado del objetivo supremo del ejercicio médico cuando abdicamos de esa condición milenaria del médico integral y nos olvidamos de preservar el equilibrio físico y mental del ser humano, promover su salud orgánica y espiritual, recuperar su autoestima y su amor propio, estimular su crecimiento intelectual, su madurez emocional y su reafirmación como sujeto definido de un derecho fundamental humanitario. Nos marginamos de las vivencias de ese médico integral, que lejos de ser el bárbaro ilustrado de quien resentía Ortega y Gasset, podía fusionar todo el conocimiento científico disponible en una sabia y equilibrada formulación de elementos para las dolencias del espíritu y los males del cuerpo, siempre bajo la premisa de compasión y respeto por el enfermo. El profesor Trousseau repetía, para sus discípulos y la posteridad, una profunda reflexión: “El médico algunas veces cura, muchas veces alivia, pero siempre consuela”.

La práctica médica combina necesariamente, las ciencias de la vida con el humanismo; es ciencia y es arte. Y hemos sido inferiores en la responsabilidad de entregarle a los jóvenes médicos instrumentos válidos para su correcta formación académica con una dimensión humanística.

La crisis de principios y valores, como fenómeno endémico en todos los estratos sociales y económicos de nuestro conglomerado y, por supuesto, en todos los niveles de la profesión médica, ha generado una nefasta corriente de desculturización colectiva y una masificación amorfa de los subproductos egresados, como deplorable contribución a la pérdida de un clima favorable para la enseñanza y perpetuación de las dimensiones humanas del cuidado médico. Hemos pospuesto irresponsablemente, el diseño de nuevas estrategias para recuperar senderos de educación integral que incidan en la promoción y adopción de valores y actitudes de estudiantes, residentes y profesores mismos.

El Humanismo en Medicina se redefine como “actitudes y acciones del médico que demuestran interés y respeto por su paciente, direccionadas hacia los intereses, inquietudes y valores de los enfermos, generalmente relacionados con los aspectos espirituales, psicológicos y sociales y que ubica al ser humano como su preocupación esencial en el centro de la reflexión y como eje gravitatorio de todo el universo”. El verdadero humanista valora la vida y sus circunstancias en toda su profunda significación y acepta con generosa inteligencia y sin resignada derrota la dimensión trascendente de la muerte: el médico humanista disfruta del conocimiento más actualizado, pero además asume una actitud combativa y eminentemente ética frente a los fenómenos vitales del ser humano como son el dolor, la enfermedad, la discapacidad orgánica o funcional de su paciente, su deterioro emocional y afectivo y, finalmente, su muerte. Esto lo diferencia abismalmente del técnico erudito en medicina. Es otra forma de

pensar y actuar en beneficio del ser humano, rescatando sus valores fundamentales, sus intereses vitales y su dignidad.

Cuando invocamos el concepto de humanismo reivindicamos un respeto profundo y auténtico por la dignidad humana y a él se han remitido las diferentes confesiones religiosas y corrientes filosóficas de la historia, destacándose los aspectos referenciados por cristianos, existencialistas, materialistas dialécticos, científicos, etc.

Una magnífica disertación del profesor José Alberto Mainetti nos enfatiza la ausencia de claridad conceptual en el discurso médico sobre “deshumanización-rehumanización” y sobre la manifiesta confusión entre humanismo “humanitario” o “compasivo” y humanismo “culto”, sin que sean excluyentes e idealmente puedan coincidir en el mismo inteligente sujeto.

Consideramos cuatro principales acepciones del concepto y de la palabra humanismo:

Histórica: movimiento cultural europeo de los siglos XIV a XVI, Renacimiento, que defendía el redescubrimiento del hombre mediante un sentido racional de la vida y tomaba como maestros a los clásicos griegos y romanos.

Literal: filantropía, o amor por el ser humano, obrando desinteresadamente en bien de la comunidad o de la humanidad.

Pedagógica: cultivo de las humanidades como área del saber que abarca los conocimientos de historia, arte, literatura, lengua y filosofía; educación humanística, portadora de los valores humanos, distinta de la cultura científica, axiológicamente neutra.

Filosófica: el hombre como centro y medida en la concepción del mundo y el universo.

El maestro Ignacio Chávez nos lo define de manera lapidaria:

“No hay peor forma de mutilación espiritual en un médico, que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio; pero en lo demás, no pasará de ser un bárbaro ilustrado, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fijan los valores del mundo moral...”

“El humanismo no es un lujo ni un refinamiento de estudiosos que tienen tiempo para gastarlo en frivolidades disfrazadas de satisfacciones espirituales. Humanismo quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias, valoración de lo que es bueno, lo que es bello y lo que es justo en la vida, fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior, afán de superación que nos lleva, como en la frase del filósofo, a “igualar con la vida el pensamiento”. Esa es la acción del humanismo al hacernos cultos. La ciencia es otra cosa: nos hace fuertes pero no mejores. Por eso, el médico mientras más sabio debe ser más culto”.

Por la teórica falta de tiempo para desarrollar razonablemente una consulta médica rutinaria, nos acostumbramos, y así lo enseñamos a las nuevas generaciones, a ignorar olímpicamente el entorno afectivo emocional y laboral de

nuestros enfermos, en aras de una falsa eficiencia del recurso médico y en una mezquina evaluación de la ecuación costo beneficio, desdibujando la percepción de valiosos elementos de juicio y pervirtiendo el resultado final de una intervención terapéutica.

El facilismo para obtener información clínica a partir de datos numéricos, cuantificando cifras y valores para aplicar algoritmos o flujogramas en la sala de juntas y lo más lejano posible del enfermo, desvirtúa la razón de ser un encuentro bipersonal interactivo, para convertirse en un fenómeno probablemente práctico y recursivo pero muy poco presencial y cálido.

Mensajes subliminales de elegantes centros médicos de formación académica pueden ser deletéreos para los jóvenes en formación, al conceder preeminencia o posiciones directivas a individuos no comprometidos con la práctica del cuidado humanístico, y no excepcionalmente en franca contravía del mismo; la conclusión, obviamente equívoca para el joven médico, es que esta virtud carece de un valor real frente a lo que significa el conocimiento biomédico o la competencia técnica.

Los fenómenos que nos acompañan en la específica condición de nuestra realidad nacional, son numerosos y diversos; plantearlos someramente y un poco de manera anárquica, sin priorizar uno sobre otro, nos permite hacer conciencia individual y colectiva sobre debilidades capitales y propósitos de enmienda:

La ciencia pura no puede descontextualizar al ser humano médico de su condición plural, sometida al influjo de numerosos factores que lo hacen mejor y parecerse un poco más a los dioses que lo engendraron: literatura, poesía, arte, música, danza, gastronomía, arquitectura, historia y muchos otros aspectos culturales, locales y universales, incuestionablemente lo enriquecen y lo disponen filosóficamente al ejercicio sabio de su arte médica.

La superespecialización en medicina, como proceso generador del conocimiento profundo, focalizado en los aspectos puntuales de un minúsculo universo, para acceder triunfantes a la sabiduría monotemática, ha contribuido eficazmente a lograr avances científicos de los que nos sentimos orgullosos pero también a la alienación de brillantes individuos que perdieron su capacidad de una visión holística integradora, para sufrir la decepcionante visión tubular de quienes no pueden disfrutar, en la periferia, de una cosmovisión intensa y luminosa.

El concepto de medicina basada en la evidencia, como proceso de enajenación mental que priva al médico de ese saludable y estimulante goce del ejercicio intelectual, sometiéndolo a la deplorable dictadura de una medicina esquemática, desprovista de emociones y de arte, si bien ha logrado organizar de manera inteligible toda la información científica válida y disponible, ha intentado mutilar (por fortuna sin mucho éxito), el inevitable juicio clínico del médico frente a su paciente; las guías y fórmulas matemáticas derivadas de la más compleja metodología estadística, jamás podrán sus-

tituir la lógica y el criterio ponderado y juicioso del médico competente y bien estructurado. El profesor Israel Lerman Garber enfatiza: “En la medicina clínica la intuición y la experiencia son de particular ayuda y no pueden ni deben sustituirse con el uso de medicina basada en la evidencia. Los rígidos criterios para seleccionar las mejores fuentes de información tienen sesgos, al eliminarse fuentes alternas del conocimiento como son reportes de casos, información biomédica básica o estudios desarrollados en países o poblaciones como la nuestra, así como el descuidar aspectos psicosociales”. “...Se debe aprovechar la información seleccionada, analizada y criticada por expertos en el tema, para facilitar la toma correcta de decisiones a la luz de nuestra propia experiencia, la realidad del país que habitamos y la de nuestro paciente específico”.

Hemos extraviado el papel de las sociedades científicas en la regulación del ejercicio médico calificado, ante la libre competencia preconizada por el Estado, pero que ha conducido a una infame degradación de principios y, en muchos casos, a la franca prostitución de la práctica médica privada e institucional. Sólo recientemente la Asociación de Hospitales y Clínicas y la Asociación de Sociedades Científicas acordaron establecer un piso tarifario en la prestación de servicios de salud, para lograr un punto de equilibrio que evite la quiebra de más instituciones públicas y privadas, y elimine la competencia desleal y canibalesca, con el consiguiente deterioro en la calidad de la atención.

El médico conformista, silencioso, pusilánime, asustado y doblegado ante la crisis médica y del sistema general de salud como fenómeno recurrente, cíclico e insoluble, vive con amargura y en absoluta indefensión el cierre sucesivo de hospitales y clínicas como su perdida fuente de vinculación laboral. Pero, además, padece una obligada dependencia de los intermediarios que, como peste bíblica, depredaron y pauperizaron el vetusto y sólido andamiaje de la práctica médica privada a partir de la promulgación de la funesta Ley 100 de 1993.

El médico alopático ortodoxo, igualmente, confronta el fenómeno creciente, inatajable e irreversible de sus pacientes desplazándose en proporciones preocupantes hacia otras modalidades médicas que invocan criterios diferentes a los suyos, (para calificar y manejar la dualidad conceptual salud enfermedad y que nominalmente han ido evolucionando de la medicina tradicional hacia las alternativas, complementarias y actualmente integrativas) pero que también comportan enfoques de manejo más próximos a la perdida concepción del médico de familia y a la formulación de propuestas terapéuticas menos onerosas y lesivas.

La comercialización salvaje de algunas especialidades médicas, como práctica neoliberal de nuevo cuño, en la que podemos cuestionar la licitud y validez ética de los promocionados “combos” o “paquetes”, versión moderna y actualizada de los también cuestionados chequeos ejecutivos, le ha generado una razón de deterioro a la relación médico paciente y al ejercicio profesional. La instrumenta-

ción indiscriminada y no infrecuentemente innecesaria, de sofisticados equipos de diagnóstico o terapia al incrementar costos, elimina posibilidades de acceso a núcleos poblacionales significativos, elitiza un derecho fundamental y nos aleja más del enfermo. ¿Es, entonces, la crisis de la medicina una crisis profesional o una crisis del humanismo?

¿Son transparentes las estrategias de mercadeo de cualquier institución hospitalaria, pública o privada, para posicionar y vender sus intervenciones diagnósticas y terapéuticas más costosas y rentables, encimando u otorgando de “ñapa” los procedimientos menos onerosos? ¿Estamos en la vía correcta cuando, para quedarnos con la tajada más voluminosa del “pastel”, ofrecemos descuentos alucinantes para quedar por debajo de las tarifas ISS o SOAT, lo que se traduce en un sacrificio del costo real de los servicios?

¿Nos hemos dado cuenta que los pacientes dejaron de ser ignoros sujetos de manipulación arbitraria y hoy censan, inquietan y cuestionan, consultan en la red todo lo humano y lo divino relacionado con su padecimiento? ¿Los pacientes nos enseñan hoy lo que debe ser un “buen doctor”?

Y qué decir cuando somos nosotros los pacientes y, sin que se conozca nuestra condición de médicos, nos vemos enfrentados a una arrogante y levitante figura que sólo ocasionalmente levanta sus ojos del computador para arrojarnos la próxima pregunta. Con algo de irreverente racionalidad, algún graffiti anotaba que la diferencia fundamental entre Dios y un médico especialista es que ¡Dios no se cree médico!

Una nefasta proliferación de facultades de medicina en todas las parroquias, deformando con unos cuestionables programas académicos, en virtud de la socorrida flexibilización de los currículos, la ingenua y esperanzada vida universitaria de infinidad de muchachos que engrosarán en el futuro las huestes irredentas del subempleo y la frustración, deben ser motivo justificado de alarma permanente. Estos subproductos médicos terminarán lucrándose con las prácticas perversas del porcentaje por formulación o liquidando los rezagos de dignidad profesional frente a la voracidad de la intermediación financiera.

El placer de curar y de compartir el conocimiento son eslabones de una conducta humanista que persevera a pesar de la transculturización y la neobarbarie del ego médico supremo que crece, como pequeño monstruo, en la conciencia individual de muchos espíritus pequeños.

Qué bueno y que importante sería en la medicina del siglo XXI contar nuevamente con una pléyade de diletantes médicos ocupados en transmitir ciencia y arte, humanismo y medicina, en vigorosa simbiosis que le permita al paciente disfrutar del más riguroso científicismo pero también de la generosa disposición anímica del humanista intelectualmente enriquecido. Ya no será computado como fría estadística ni referenciado como un infamante diagnóstico: la pancreatitis de la cama 4, el sidoso de la 8, el infartado de la 25. Muchas veces, un cálido apretón de manos o una oportuna y afectuosa palmada en el hombro, pueden ser un

mejor recurso terapéutico que la más elaborada y costosa medicina de síntesis.

La relación del médico con la poderosa industria farmacéutica multinacional y local, es uno de los aspectos fundamentales del ejercicio profesional ético, frecuentemente transgredido y vulnerado para vergüenza de unos y otros, por lo cual se plantearon consideraciones pertinentes y responsabilidades bidimensionales que permitieran estructurar un código de conducta y un listado de recomendaciones, finalmente promulgado por la ACMI en abril de 2002. Conflictos de intereses financieros institucionales e individuales deberán preservar criterios de objetividad, libertad, integridad, bienestar y seguridad para el paciente como sujeto primordial y objetivo final de nuestra acción, y marginar el acto médico de toda errática que pueda involucrar objetivos diferentes de su sentido primigenio y fundamental.

Por fortuna, en medio del naufragio, siempre encontraremos botes de sobrevivientes para repoblar la Tierra de médicos generosos, comprometidos con la vida y con el rescate de los valores fundamentales del ser humano.

Lecturas recomendadas

1. **Alvira R.** Sobre el humanismo. Grupo de Trabajo para el Estudio de las Humanidades en España, conferencia de educación, 1998.
2. **Amorocho N.** Aspectos éticos en auditoría médica, Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca, 2002.
3. **Angel F.** ¿Qué es medicina? (anotaciones sobre la diferencia entre Hipócrates y Galeno). Agosto 2004.
4. **Blumenthal D.** Academic-Industrial relationships in the life sciences. *N Engl J Med* 2003; **349**: 2452-9.
5. **Blumenthal D.** Relationships between academic institutions and industry in the life sciences. An industry survey. *N Engl J Med* 1996; **334**: 368-73.
6. **Branch W.** Teaching the Human Dimensions of Care in Clinical Settings. *JAMA* 2001; **286**: 1067-70.
7. **Candioti A.** Medicina Antropológica y Genética, Soc. Arg de Med. Antropológica.
8. **Charon R.** Narrative Medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA* 2001; **286**: 1897-902.
9. **Chávez I.** Ideario, selección de Ignacio Chávez Rivera, el Colegio Nacional de México, 1997.
10. **De Angelis C.** Reporting financial conflicts of interest and relationships between investigators and research sponsors. *JAMA* 2001; **286**: 89-91.
11. **Garcés O'Byrne JM.** El paradigma médico diverso en los siglos XV y XVI en Europa, El paradigma médico alopático: la especialización hasta el paroxismo. Septiembre 2004.
12. **Gelijns A.** Medical innovation and institutional interdependence. *JAMA* 2002; **287**: 72-7.
13. **González Menéndez R.** Lo espiritual en el contexto de la relación profesional del equipo de salud. Comisión Nacional de Ética Médica, Fac. de Ciencias Médicas "General Calixto García" La Habana, Cuba.
14. **Johns M.** Restoring Balance to Industry-Academia Relationships in an era of institutional financial conflicts of interest *JAMA* 2003; **289**: 741-6.
15. **Kirsner J.** The most powerful therapeutic force. *JAMA* 2002; **287**: 1909-10.
16. **Lerman Garben I.** Medicina: Ciencia y Humanismo. Cuestionamientos y reflexiones de la práctica médica. *Rev Inves Clin* 2002; **54**: 366-75.
17. **Levinson W.** A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; **284**: 1021-7.
18. **Mainetti JA.** La transformación de la medicina, La Plata, Quirón, 1992. Argentina La Acrópolis de Atenas.
19. **Malherbe JF.** Hacia una ética de la Medicina, San Pablo, 1993.
20. **Mechanic D.** Physician Discontent: challenges and opportunities. *JAMA* 2003; **290**: 941-6.
21. **Meier D.** The inner life of physicians and care of the seriously ill. *JAMA* 2001; **286**: 3007-14.
22. **Mendoza Orozco M.** Reflexiones sobre humanismo y medicina. *Acta Med Colom* 1998; **23**: 130-133.
23. **Mora P.** Proyección del Humanismo Tecnológico. Revista Divulga, UNET, marzo 1979.
24. **Ortega Lafaurie G, et al.** Doctores: ¿por qué se quejan sus pacientes? Tribunal de Ética Médica de Bogotá, 2002.
25. **Rey Forero E.** Ética y legislación en Medicina, 2002.
26. **Schiappacasse E.** Humanismo y Medicina, Of. de Educación Médica, Fac. de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.
27. **Swick H.** Teaching professionalism in undergraduate medical Education. *JAMA* 1999; **282**: 830-2.