

La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo^a

Doris Elena Ospina Muñoz^b

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre los desafíos epistemológicos de la relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. Este artículo surge de la revisión bibliográfica realizada para participar en la convocatoria pública de méritos de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, 2004. **Conclusiones:** el terapeuta de hoy, más que el de cualquier tiempo, se ve abocado a *negociar* con múltiples poderes, derivados del saber cultural, la aplicación de la tecnología el acceso a la información y las relaciones de mercado que median en la prestación de los servicios de salud, para cumplir su función de curador o cuidador. Por eso, más que un curador-cuidador el terapeuta de hoy se ve como un mediador entre el paciente y los sistemas de salud, mediación que se ve atravesada por conflictos éticos que exigen ser abordados ampliamente durante el proceso de formación de los profesionales de salud.

Palabras clave: *relación terapeuta-paciente, formación de personal de salud.*

INTRODUCCIÓN

En la literatura existente sobre el tema de la relación terapeuta-paciente, se observan dos tendencias. Por un lado están quienes, considerándola un asunto técnico indispensable para el buen curso del proceso de atención en salud, centran su atención en analizar el desarrollo de la entrevista inicial. Estos estudios muestran especial interés en los factores que intervienen en el establecimiento de las buenas relaciones interpersonales y la comunicación, que deben ser tenidos en cuenta, fundamentalmente, por el terapeuta. Entre estos factores señalan: el valor del respeto hacia el otro, la empatía, el uso adecuado del lenguaje verbal y gestual, el uso moderado de la jerga médica, la capacidad de escucha, el cumplimiento de las funciones de la comunicación terapéutica y el reconocimiento de las características sociodemográficas y de personalidad del paciente durante la entrevista¹⁻⁵. Estos estudios también prestan atención a la manera cómo factores del medio externo, por ejemplo condiciones físicas del espacio donde tiene lugar el encuentro terapeuta-paciente, intervienen en el establecimiento de la relación. La otra tendencia la constituyen quienes piensan que la relación terapeuta-paciente es una de las formas a partir de las cuales se reproduce el sistema social y por ello hacen énfasis en el poder que ejercen las profesiones médicas, la ética que debe orientar sus acciones, las características de los marcos de interacción terapeuta-paciente y la manera como estos influyen en el establecimiento de dicha relación⁶⁻⁹.

Cada uno de estos enfoques enriquece el tema. Sin embargo, sólo se abordará aquí un asunto que caracteriza al mundo contemporáneo y que obliga a nuevas reflexiones sobre la cuestión: el pluralismo de los valores. El pluralismo es un campo que articula discusiones de varias disciplinas, especialmente de la filosofía y las ciencias sociales, sobre la diversidad cultural, política y sexual

^a Texto para participar en convocatoria pública de méritos. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Diciembre de 2004, actualizado para publicación en 2008.

^b Psicóloga, Mg Salud Colectiva. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: doris@tone.udea.edu.co

Cómo citar este artículo:

Ospina Muñoz DE. La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): 116-122.

Recibido: 12 de mayo de 2006. Envío para correcciones: 21 de enero de 2008. Aprobado: 26 de marzo de 2008

The therapist-patient relationship in the contemporary world

Doris Elena Ospina Muñoz

y recoge también viejas discusiones sobre la dicotomía universalismo-relativismo en el campo de la ética. Aquí se intenta un acercamiento desde la filosofía política y se deriva una reflexión para el área de la salud. El punto de partida es la afirmación de que el pluralismo de los valores influye tanto en el establecimiento de las relaciones interpersonales como en la creación de nuevos marcos de interacción que, de acuerdo con las tendencias del mundo valorativo, dan forma y contenido a las relaciones entre los actores del sistema de salud. La idea de mundo valorativo se refiere a la manera como los valores o puntos de vista orientan la comprensión del mundo social¹⁰.

El pluralismo de los valores

Una de las principales características del mundo contemporáneo es que sus sociedades están constituidas por practicantes de diversas doctrinas comprensivas del mundo en cuya interacción se construyen las características del sistema social¹¹ y se evidencia el conflicto inherente a la incompatibilidad entre valores que, aunque genuinos en sí mismos, pueden ser irrealizables al mismo tiempo¹². Por cuanto se entiende que un valor jurídico, político o moral, como idea regulativa que conduce la acción, debe ser realizable y en el mejor de los casos realizado¹³. Un buen ejemplo del conflicto que puede presentarse entre valores es expuesto por Berlin¹² al plantear cómo el valor de la igualdad entra en contradicción con el de la libertad cuando la búsqueda apasionada de la primera conduce a la reducción al mínimo de todas las diferencias entre los seres humanos, a la supresión al máximo de distinciones y al mayor grado posible de asimilación y de uniformidad, lo cual es declarado como indeseable por aquellos que aman la libertad. Para este autor, la pluralidad es un valor en sí mismo que, en nombre de la sinceridad, de la veracidad o de la valentía, es posible defender contra quienes recomiendan la simplificación de nuestros valores a título de mejoramiento práctico. En consecuencia, considera un error suponer que un valor puede sobreponerse a todos los demás o, en última instancia, que todos los bienes,

ABSTRACT

Objective: to meditate on the epistemology's challenges of the therapist-patient relationship in the contemporary world. This article arises the bibliographical revision in order to participate in the public merits convocation, in Nursing School, University of Antioquia, 2004. **Conclusions:** Today's therapist is heading to negotiate with multiple powers, derived of the cultural knowledge, the application of the technology, the access to the information and market relationships that mediate in the benefit of the health services to complete their caregiver or caretaker function. For that reason, more than a healer-caretaker today's therapist is advisor or mediator between patient and the systems health. This mediation is enclosed by ethical conflicts that demand to be approached in extensive during the health professional teaching process.

Key Words: *therapist-patient relationship, formation of personal health.*

todas las virtudes, todos los ideales, son compatibles, y que lo deseable puede unirse en un todo armonioso sin pérdida. De acuerdo con Berlin¹², por respeto a la verdad debemos conservar nuestra conciencia de la pluralidad de los valores ya que ella es un bien en sí misma y constituye el conocimiento de una verdad absoluta y fundamental, indispensable para la convivencia social.

El problema que plantea el reconocimiento de la pluralidad como un valor y una verdad es que las personas del mundo contemporáneo se ven constantemente en la obligación de elegir entre diferentes escalas valorativas y asumir las consecuencias de su elección. A este problema se ofrecen hoy día dos salidas. La primera, por el lado de la elección razonable o consenso y, la otra, por el lado del

relativismo moral. Asumir alguna de las dos salidas implica tomar posición frente a determinados ideales sociales.

En términos rawlsianos¹⁴, una elección razonable se distingue de una elección racional en cuanto la primera se entiende como una virtud de las personas, instituciones y doctrinas comprometidas con la cooperación social entre iguales y que actúa primordialmente en el ámbito de lo público, mientras que la segunda alude a la capacidad de juicio y deliberación propia de los seres humanos pero que, carente de sensibilidad moral, se orienta, de manera egoísta, a la búsqueda de medios eficaces para la consecución de fines individuales. Así, hacer elecciones razonables implica sobreponerse a los intereses individualistas y actuar en defensa de lo que, por consenso, es coherente con los fines sociales. Como puede observarse, optar por esta vía conduce a la búsqueda del consenso social y las formas de llegar a él. Rawls¹⁴ plantea la posibilidad de obtener un consenso entrecruzado entre doctrinas, basándose en que, puesto que la capacidad de juicio moral tiene componentes cognitivos, todas las doctrinas comprensivas estarían de acuerdo en reconocer ciertos valores políticos como principios de justicia universales, de tal manera que este tipo de consenso sería capaz de sobreponerse, en forma de concepción política, a todas las doctrinas existentes sin entrar en contradicción con ninguna. Habermas¹⁵, en cambio, considera que si bien la capacidad de juicio cuenta con elementos cognitivos, esta no depende solamente de ellos y, por tanto, la obtención del consenso depende de acciones comunicativas orientadas al entendimiento, o procedimientos discursivos públicos, colectivos y contextuales, que tienen como fin comprobar los criterios de validez de los contenidos normativos.

La salida por el lado del relativismo moral implica, en cambio, la negación de que pueda alcanzarse un consenso social de validez universal y asume que éste, el consenso, sólo es posible en contextos culturales e históricamente contingentes. El relativismo afirma que es erróneo juzgar a otras personas que tienen valores sustancialmente diferentes o intentar que se adecuen a los nuestros, en razón de que sus valores son tan válidos como los nuestros¹⁶. En el fondo del relativismo subyace la idea de que las costumbres, diferentes en todas partes, permean la forma de ver, pensar y actuar en el mundo¹⁷. A esta idea se opone el reconocimiento de que la crítica o el razonamiento suelen influir en las costumbres cambiándolas y que no todas las creencias son justificables desde el punto de vista moral.

Para los expertos en el tema, ambas salidas, la del consenso universal y la del relativismo, implican peligros

que es necesario develar a fin de crear las condiciones necesarias para la supervivencia humana. Hay quienes ven en el universalismo una inercia histórica y cultural del modelo monárquico-patriarcal, cuya significación pragmática consiste en oficiar de instancia legitimadora del dominio totalitario sobre un espacio real, correspondiente a una monarquía o a un imperio. Algunos consideran, por ejemplo, que la defensa de los derechos humanos universales corresponde a uno de estos universalismos¹⁸. En cuanto al relativismo, hay quienes plantean que el reconocimiento de la diversidad no implica negar que existan algunas creencias mejores que otras por ser más verdaderas o justificadas que las demás. Así, ven la diferencia entre creencias como el resultado de diferentes grados de saber o distorsiones de la verdad objetiva¹⁶. Además, adoptar sin reparo el relativismo moral, implica poner en riesgo la tesis de la comunicabilidad humana, ya que si no hay motivos para discutir, tampoco habrá puntos en los que haya que ponernos de acuerdo.

Ahora bien, si las diferencias entre la salida por el consenso y la salida por el relativismo se resuelven en términos de lo que puede o no considerarse verdadero, entonces la pregunta inmediata es: Si la verdad existe, ¿quién y en nombre de quién la ostenta? ¿Si la verdad existe, sólo puede existir sobre la base de hechos reales, constatables por vía objetiva, o es de carácter subjetivo y, como tal, ella es sólo una reacción a hechos individuales o colectivos?

Para Habermas¹⁵, con el ascenso de la autoridad epistémica de las ciencias experimentales, los enunciados normativos fueron diferenciados, por un lado, de los enunciados descriptivos y, de otro, de los juicios de valor y los enunciados vivenciales, lo cual produjo un desplazamiento de la razón objetiva por la razón subjetiva del espíritu humano. Así, ya no es posible hablar de una verdad única, sino de verdades que reflejan distintas formas de estar en el mundo. En otras palabras, la verdad no es asunto de método sino de comprensión del mundo¹⁹.

Cuando hablamos de verdades objetivas entramos en el campo de la ciencia desde el cual, en nombre de la ética que se fundamenta en el conocimiento, actúa generalmente el terapeuta. Cuando hablamos de verdad subjetiva entramos en el campo de los valores y el mundo moral desde el cual, generalmente, actúa el paciente. Así tenemos al profesional y al paciente como dos agentes del mundo social que deben integrar sus acciones en términos de la comprensión del ser y el deber de uno y otro.



1968. El mendigo. 28,5 x 36,5

Relación terapeuta paciente

Tradicionalmente a los terapeutas -entendido este como cualquier profesional avalado por un sistema social para ofrecer y brindar ayuda a otro- se les ha asignado la responsabilidad “ilustrada” de lograr, mediante los poderes de la razón, del conocimiento, personas saludables, socialmente ajustadas y felices en sus relaciones interpersonales²⁰. En el marco de esta filosofía de la normalidad, plagada de ambivalencias y sutilezas para el mundo occidental²¹, el poder del terapeuta se ha sustentado en la certeza de que él posee un conocimiento y una actitud para ponerlos en favor del bienestar de su paciente, y como consecuencia de lo cual el paciente asume una posición sumisa y de espera frente a la cura. Esta concepción, en muchos casos, lleva a los profesionales a actuar en contra de los deseos de los pacientes y a alimentar una necesidad profunda de obediencia que garantice el seguimiento de sus recomendaciones sin reflexionar sobre el carácter discutible de los valores y las consecuencias respecto a obligar a los demás a adoptarlos.

Hoy, ante la quiebra del ideal ilustrado, basado en la búsqueda de soluciones perfectas, atemporales, y la defensa de posturas omniscientes a partir del uso de la razón²², el poder del terapeuta entra en cuestión. Ya no son vistos como portadores de verdades absolutas sobre la salud y deben ceder espacio ante los nuevos poderes que emergen

del trasegar histórico en cada contexto sociocultural y que se encarnan en sus instituciones, imágenes, artefactos y palabras²². Antes que un curador, el terapeuta de hoy se representa como un mediador entre distintos saberes y poderes, entre ellos los que otorgan la identidad cultural, la educación, el uso de la tecnología y el mercado.

Relación terapéutica e identidad cultural

En cuanto a la identidad cultural, para nadie es extraño que a raíz de los constantes movimientos de población, fenómeno derivado de los tratados comerciales entre países y/o los conflictos políticos internos y externos que caracterizan el mundo de hoy, el profesional de la salud se vea abocado a atender pacientes de diferente origen cultural y, en consecuencia, a replantearse todos aquellos asuntos relacionados con lo que tradicionalmente ha entendido como normalidad biológica, psicológica y social, y enfrentarse a variadas expectativas con respecto a lo que se espera de él como terapeuta y lo que él puede esperar del paciente. Esto, en tanto es el contexto sociocultural el que da contenido a los conceptos de salud y enfermedad y a los roles que terapeuta y paciente han de cumplir en la interacción social¹. Así, puesto que es el conocimiento especializado del profesional el que crea la base para el prestigio y la distancia social entre él y el paciente⁶. El terapeuta que desea conservar el estatus que le confiere su

capacidad de acción sobre el padecimiento humano, además del conocimiento biomédico, debe ampliar su bagaje con respecto a los factores de índole psicológico, social y cultural que operan en los contextos de procedencia de sus pacientes e implementar una atención que, además de efectiva e integral, logre ser intercultural. Es decir, aquella que surge entre lo emic y lo etic²³⁻²⁴. Obviamente, en las sociedades actuales, multiculturales, alcanzar este objetivo no es nada fácil, requiere sobre todo desarrollar una sensibilidad especial hacia las situaciones de tipo histórico que movilizan y transforman los espacios y el pensamiento. También implica anteponer a las diferencias culturales la premisa de la comunicabilidad y la comprensión entre los seres humanos que son las capacidades comunes a todos los de la especie y que, como tales ejercen la labor de puente entre las culturas²². Ponerse en la perspectiva de comprender al otro implica, para el terapeuta, reconocer la otra cara del conocimiento. Ya no se trata de aquel que se demuestra matemáticamente por medio de reglas fijas y que obliga a la parcelación del ser humano, sino de un interés por el vivenciar del paciente que obliga a un acercamiento a su mundo valorativo. Esto no es otra cosa que, mediante la acción dialógica y la racionalidad, aprender a ver los otros puntos de vista que dan sentido al actuar humano y hacerlo consciente para asegurar la posibilidad de que ambos puedan asumir libremente posiciones razonables²⁵⁻²⁶.

Relación terapéutica y educación

En el caso de la educación, es innegable que en las sociedades modernas, denominadas de la información y el conocimiento²⁷, el terapeuta se enfrenta a un paciente que demanda más y mejor información sobre su enfermedad, sus derechos y la gestión de los recursos para su atención²⁸. Desde esta perspectiva, los pacientes están abandonando su posición “ingenua”²⁶ y han ido adquiriendo una capacidad creciente para interpretar sus síntomas y asumir una posición crítica frente a las acciones y opiniones del terapeuta. Esta actitud a ido ganando espacio en el campo de la atención médica al punto que la opinión del paciente tiende a establecerse como punto central de la atención²⁹. En condiciones favorables, la actitud del paciente contribuye a la realización de acciones cooperadoras frente al tratamiento y hace que, por un lado, el tradicional carácter asimétrico de la relación terapeuta-paciente trascienda hacia una relación dialógica en la que el conocimiento de ambas partes sobre la enfermedad sea considerado al planear la intervención, es decir, conduce a una democratización de la relación terapéutica³⁰ y, por otro, exige

al profesional incrementar su capacidad para informar al paciente sobre las distintas dimensiones implicadas en su padecimiento³¹, sobre todo cuando este involucra aspectos jurídicos y ético-morales, como por ejemplo cuando es inminente pensar en la muerte, la reproducción o las intervenciones genéticas³².

Desde esta perspectiva, la comprensión del término paciente se ha venido problematizando al considerar que en él convergen significados relacionados con los términos: cliente, usuario, consumidor, paciente y empleador³³. Así, el mundo moderno exige un terapeuta informado y formado no sólo en los aspectos propios de su profesión sino en todos aquellos que hacen que sus intervenciones sean más integrales, humanizadas y conducentes a la comprensión del paciente como persona dentro de un contexto socio-cultural determinado²⁹.

Relación terapéutica y uso de la tecnología

En lo relacionado con el uso de la tecnología y la manera como ésta influye en la transformación del poder del terapeuta, basta mencionar las implicaciones que su uso tiene sobre la comunicación terapeuta-paciente y la manera como influye en la toma de decisiones vitales relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento, la rutinización de las prácticas y la proletarianización de las profesiones³⁴. Al respecto, Strauss³⁵ afirma que la maquinaria médica ha generado cambios profundos en la organización de los servicios de salud y la prestación del cuidado ya que el tiempo utilizado por los profesionales para suministrar comodidad, atención psicológica y recopilación y transmisión de información al paciente se desplaza hacia la atención de la maquinaria y el mantenimiento de la seguridad clínica. En muchos de los casos, los pacientes deben participar activamente del monitoreo de los equipos informando a los profesionales sobre todo aquello que pudiera ser interpretado como un riesgo para su salud o mal funcionamiento de los aparatos. En innumerables casos, la última “palabra” sobre un padecimiento es dada por la tecnología. Ella permite el establecimiento del diagnóstico diferencial y en muchos casos orienta los alcances y posibilidades de la intervención terapéutica. Así, la tecnología desplaza la voz del terapeuta el cual se convierte, en el mejor de los casos, en un dador de buenas o malas noticias y en facilitador del acceso a los servicios que requieren recursos tecnológicos.

De esta manera puede observarse que la racionalización del conocimiento, que opera a través del uso de la tecnología, torna vulnerables las profesiones en salud y

proporciona la base para la intervención externa y el control social⁶. Como respuesta a este problema se argumenta que las profesiones en salud necesitan, para protegerse a sí mismas de la rutinización que impone la tecnología, una base hermenéutica a partir de la cual se desarrolle la interpretación clínica y poseer una mística distintiva que sugiera que existen cierta actitud y competencia profesionales que no pueden reducirse simplemente al conocimiento sistemático y rutinario⁶.

Por último, en cuanto a los efectos del mercado sobre la relación terapeuta-paciente es necesario reconocer que el modelo tradicional de práctica médica que prevaleció por veinticinco siglos ha cambiado. Antes, el paciente acudía a su terapeuta para que éste actuara como su agente y tomara decisiones a su favor, utilizando para ello un conocimiento avanzado con total autonomía. Entre estos dos mediaba el honorario, una forma de honrar a quien ponía su conocimiento al servicio del paciente³⁶. Cuando, a mediados del siglo XX, aparecieron los seguros como un mecanismo de protección frente a la probabilidad de ruina financiera, desapareció de la relación tradicional terapeuta-paciente el problema de la capacidad de pago. En consecuencia, los seguros encarecieron los servicios de salud y empezaron a interferir en la independencia de juicio de los profesionales, quienes en muchos casos sobreutilizan procedimientos o intervenciones³⁶.

Intentar acercar la perspectiva del economista y la del profesional de la salud en el mundo actual no es fácil. Quienes creen que es necesario y obligatorio repensar la actividad de los profesionales en salud, se han encontrado con el problema de la doble lealtad o doble agencia, generado por la presencia de terceros pagadores, que ponen en conflicto el modelo hipocrático al enfrentarlo a la ética corporativa³⁶.

La emergencia de este nuevo paradigma en la atención en salud pone en evidencia un “conflicto de intereses” en la relación terapeuta-paciente. Por un lado, el profesional tiene la función de cuidar y buscar lo mejor para su paciente (interés primario) y, por el otro, gestionar los recursos y manejar el gasto necesario para el cuidado (interés secundario)³⁶. Esta “doble agencia” debilita la autonomía del profesional y la confianza que se deposita en él en tanto interviene en su toma de decisiones con respecto al bienestar del paciente, y aunque este conflicto no es necesariamente de tipo ético, sí incrementa la probabilidad de que se presente ya que las empresas financiadoras y los proveedores institucionales han impuesto limitaciones a

las decisiones sobre el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas³⁶. Estos intereses económicos forman parte de la vida diaria de los profesionales de la salud y formarán parte mayor en el futuro. La nueva situación establecerá que los profesionales deberán mantener lealtad a diversas instituciones así como a los pacientes³⁷.

CONCLUSIONES

Por todas estas razones, los expertos coinciden en señalar que la relación terapeuta-paciente será el eje central del modelo organizativo en salud y que los profesionales de la salud deberán adaptarse a ella, debiendo por tanto generar en los profesionales del futuro, a través de la formación en valores, las actitudes que les permitan entablar un nuevo tipo de relación terapeuta-paciente, más igualitaria, en la que los pacientes son conscientes de su derecho a la información, a la autonomía, y no aceptan de quienes los atienden actitudes paternalistas o autoritarias. La utilización del consentimiento informado de los pacientes, como prueba de que se les ha informado, y no como salvaguarda del profesional, debe convertirse en una práctica profesional³⁶.

Estas reflexiones ponen, a quienes tenemos el reto de formar profesionales en salud, frente a la necesidad de reconocer el cambio de paradigma en la atención en salud y a reconocer que todo cambio lleva consigo determinada apreciación de los valores que lo justifican y le otorgan validez. Por tanto, es necesario buscar las maneras para que los profesionales de la salud obtengan una comprensión valorativa, que ayude a la interpretación y crítica de las causales de todos estos cambios, es decir, que obtengan un pensamiento axiológico que les permita comprender la base ideológica de su actuación en el entorno laboral a la luz de las nuevas exigencias de la época³⁸.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995. p.38.
2. Blanco Aspiazú MA, Hernández Azcuy O, Bosch Bayard RI, Moreno Rodríguez M. Errores cometidos por residentes de medicina interna en la entrevista médica bajo observación directa. *Rev Cuba Med Mil.* 2002; 31(2): 104.
3. García-Sánchez LV. La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Rev Cienc Salud.* 2006; 4(1): 39-51.
4. López Marure E, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Rev Enferm IMSS.* 2002; 10 (2): 93-102.
5. Hernández-Herrera DE, Flores-Hernández S. Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos

- hospitalizados en la UCIN. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (3): 125-129.
6. Turner B. Profesiones, conocimiento y poder. En: De la Cuesta Benjumea C. *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p.187-222.
 7. Giordan A, Golay A, Jaquetmet S, Assal JP. Comunicación terapéutica. El impacto de un mensaje dentro del proceso de aprendizaje. *Psychotherapies*. 1996; 16(4): 189-193.
 8. Gómez-Restrepo C. La Asociación Colombiana de Psiquiatría, los principios éticos y el código deontológico. *Rev Colomb Psiquiat*. 2006; 32(3): 276-280.
 9. Luis Cibanal J. *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Club Universitario; 2006. p.137-225.
 10. Weber M. *Ensayos sobre metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu; 1973. p.15-36.
 11. Rawls J. *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1995. p.25-29.
 12. Berlin I. *Conceptos y categorías*. México: Fondo de Cultura Económica; 1983. p.43.
 13. Giraldo Jiménez FH. La ciudadanía: entre la idea y su realización. *Estud Polit Medellín*. 1998; (12): 11- 22.
 14. Rawls J. *Liberalismo político*. Colombia: Fondo de Cultura Económica, Facultad de Derecho UNAM; 1996. p.63.
 15. Habermas J. "Razonable" versus "verdadero". En: Habermas J, Rawls J. *Debate sobre el liberalismo político*. Barcelona: Paidós; 1998. p.147-181.
 16. Wong D. El relativismo. En: Singer P. *Compendio de ética*. Madrid: Alianza Editorial; 1995. p.593-603.
 17. Von Mises L. *Relativismo epistemológico en las ciencias de la acción humana*. Libertas [Internet] 1995 [acceso 12 de Octubre de 2005]; (23). Disponible en: http://www.esade.edu.ar/servicios/Libertas/22_9_Mises.pdf
 18. Bello Reguera G. *Política de lo universal y derechos humanos*. En: Rubio-Carracedo J, Rosales JM, Tosacano M. *Retos pendientes en ética y política*. Madrid: Trotta; 2002. p.281-289.
 19. Gadamer HG. *Verdad y Método*. 5ª ed. Salamanca: Sígueme; 1993. P.102.
 20. Guggenbühl-Craig A. *Poder y destructividad en psicoterapia*. 2ª ed. Caracas: Monte Ávila; 1992. p.95.
 21. Giner S. El fuste de la razón: a modo de prólogo. En: Berlin I. *El fuste torcido de la humanidad: capítulos de historia de las ideas*. 2ª ed. Barcelona: Península; 1995. p.15.
 22. Berlin I. *El fuste torcido de la humanidad: capítulos de historia de las ideas*. 2ª ed. Barcelona: Península; 1995. p.40.
 23. Aguirre Baztán A. *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Alfaomega Marcombo; 1995. p.85-106.
 24. Boyle J. *Estilos de etnografía*. En: Morse J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 2003. p.184-216.
 25. Gutiérrez C. *Temas de filosofía hermenéutica: conferencias y ensayos*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2002. p.72.
 26. Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 1996. p.31.
 27. Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura. *Informe mundial de la UNESCO: Hacia las sociedades del conocimiento*. Paris: Unesco, 2005. 240p.
 28. Stiglitz J. El rumbo de las reformas. *Hacia una nueva agenda para América Latina*. CEPAL Rev. 2003; (80): 7-40.
 29. Armstrong D. La opinión del paciente. En: De la Cuesta Benjumea C. *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p.223-247.
 30. Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B. El trabajo que realizan los pacientes hospitalizados. En: De la Cuesta Benjumea, C. *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p.248-275.
 31. Castillo-Sánchez MD, Gea-Rodríguez L, Espinosa MT, Ceballos-Atienza R, De Cruz-Benayas MA. Actitudes ante la información del diagnóstico de cáncer. *Medicina General* 2001; 35: 521-526
 32. Herrera Vásquez S, Rodríguez Yunta E. *Etnoconocimiento en Latinoamérica. Apropiación de recursos genéticos y bioética*. *Acta Bioeth*. 2004; 10(2): 181-190.
 33. Stacey M. The sociology of National Health Service, *Keel. Sociol Rev*. 1976; (22): 194-200
 34. Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I, Vade´z-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Rev Salud Pública de México* 2004; 46(4): 326-332
 35. Strauss A. Investigación sobre las enfermedades crónicas y su manejo. En: De la Cuesta Benjumea C. *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. p.279-300.
 36. Ortiz-Pommier A. Conflicto de intereses en la relación clínica. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet] 2004 [acceso 17 de noviembre de 2004]; 42(1): [29-36]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000100004&lng=es&nrm=iso.
 37. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999. p.45.
 38. Pérez Sánchez AM, Martín Linares X. Educación en valores en el profesional de Ciencias Médicas. *Rev Cub Salud Pública*. 2003; 29(1): 65-72.