

Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna.

TSUCHIDA FERNANDEZ Marisa Beatriz*, BANDRES SANCHEZ María Pilar**, GUEVARA LINARES Ximena***

SUMMARY

Objective: To review the doctor-patient relationship and the patients level of general satisfaction by their physicians with medical care provided. **Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study. We interviewed 64 patients hospitalized in the internal medicine wards of the Hospital Nacional Arzobispo Loayza in March of 2003. The level of general satisfaction of the patients with respect to the doctors behaviour was recorded. The clinical and demographic variables were: Age, sex, level of education, socioeconomic status, employment, duration of hospital stay, period of illness greater than a year, number of previous hospitalizations in the last 5 years, doctor in training identified as responsible for the patient and the number of patients he/she was assigned to. **Results:** The average age of the patients was of 42 years, 56% women, 34% completed primary education, 67% in the E socioeconomic status and, 88% viewed the intern as being their principal caregiver. The level of general satisfaction was 82.8%, with lower levels of satisfaction for the abilities of communication with the patient (73%), the respect for the patients autonomy (31%), the ability to consider the patients values and perspective (21%) and psychosocial aspects (18%). **Conclusion:** The level of general satisfaction is similar to that found in other countries, revealing the necessity of reinforcing: communication skills, respect for the perspective values and the autonomy of patients, and psychosocial aspects in the medical curriculum. (*Rev Med Hered* 2003; 14: 175-180).

KEY WORDS: Physician-patient relations, quality assurance, health care.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la relación médico paciente y conocer el nivel de satisfacción general de los pacientes hospitalizados con respecto a los médicos. **Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se encuestó a 64 pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en marzo de 2003. Se valoraron los niveles de satisfacción general de los pacientes con respecto a los médicos y su comportamiento. Se consignaron las variables clínicas y demográficas: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, empleo, estancia hospitalaria, tiempo de enfermedad mayor a un año, número de hospitalizaciones previas en los últimos 5 años, médico en entrenamiento identificado como su médico encargado y número de pacientes a su cargo. **Resultados:** La edad de los pacientes en promedio fue de 42 años, 56% fueron mujeres, 34% con educación primaria, 67% en el nivel socioeconómico E, 88% veía al interno como el médico en formación más próximo a él. El nivel de satisfacción general fue 82.8%, con niveles de satisfacción menores para las habilidades de comunicación con el paciente 73%, el ejercicio de la autonomía 31%, la consideración de la perspectiva del paciente y sus valores 21% y los aspectos psicosociales 18%. **Conclusión:** El nivel de satisfacción general es similar al evaluado en otros países, siendo necesario

* Médico Residente 3er año de Medicina Interna Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
** Profesora Asociada Universidad Peruana Cayetano Heredia. Médico Asistente del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
*** Médico Cirujano del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

reforzar en los médicos en entrenamiento: las habilidades de la comunicación, el ejercicio de la autonomía de los pacientes, la valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales. (*Rev Med Hered* 2003;14: 175-180).

PALABRAS CLAVE: Relación médico- paciente, calidad de la atención de salud, acceso, evaluación.

INTRODUCCIÓN

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica (1). La satisfacción de los pacientes en el cuidado médico y la atención en salud está directamente relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita y la continuidad en las citas de seguimiento, lo que redundará en la obtención del bienestar deseado para el paciente (2). Debido al creciente interés por mejorar la calidad de los servicios en salud, se han elaborado instrumentos para evaluar la satisfacción de los pacientes. En ellos participan los pacientes y los médicos a través de encuestas e incluso con el uso y análisis de audio y video (3).

El interés por el estudio de estos temas surge ante la emergencia de problemas de carácter médico legal, denuncias de mal praxis, impericia y negligencia médica, que van cobrando importancia también en Latinoamérica (4,5), así como por la propia insatisfacción de los médicos (6), quienes identifican como causas para ella la masificación de los servicios de salud, sobre todo en EEUU, el corto tiempo asignado para la atención de cada paciente y la corta duración de la relación médico paciente en general (7). Otras razones encontradas para la investigación de estos temas fueron los fines diagnósticos, terapéuticos y pedagógicos que los resultados de éstas puedan tener para el beneficio de los médicos en formación (8).

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza es un hospital de referencia a nivel nacional, sede hospitalaria de los programas de formación de pregrado y postgrado de universidades con especialidades médicas en el país. En estudios previos realizados para medir el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en la consulta ambulatoria de este hospital, se encontraron niveles de excelencia en los pacientes entrevistados, en 60% (9). Hace 14 años, Mulanovich en otro hospital docente de Lima estudió la relación médico paciente y la satisfacción general de los pacientes con su médico, encontrándose un nivel de satisfacción general, equivalente a 86% con una escasa frecuencia de transmisión eficaz de la información a los pacientes, así como de conductas sociales, como el saludo a los pacientes, y de apoyo psicosocial (10).

Medir los niveles de satisfacción de la atención de los pacientes durante su hospitalización nos permitirá corregir lo defectuoso en ella, lo que redundará en mayor bienestar para el paciente y calidad de la atención. El objetivo del trabajo fue determinar el porcentaje de pacientes que están satisfechos con la atención de sus médicos en formación de las salas de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar las fuentes de insatisfacción de los pacientes en la relación médico paciente. Una vez identificadas las fuentes poder analizar los puntos débiles en la relación médico paciente de los médicos en formación a la luz de los diversos enfoques de la bioética sobre este tema y formular recomendaciones para la mejora de la atención médica en los servicios de medicina interna.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

Se diseñó un estudio descriptivo trasversal obteniéndose la información a través de entrevistas personales. El estudio fue realizado en marzo de 2003.

Pacientes:

Los participantes fueron 64 pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que fueron seleccionados con los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: Pacientes hospitalizados, mayores de edad, autónomos y en pleno uso de sus facultades mentales.
- Criterios de exclusión: Tener menos de 5 días de hospitalización, pacientes con mal estado general, con demencia de cualquier etiología, encefalopatía metabólica, encefalopatía hepática, infecciones del SNC, enfermedad cerebro vascular reciente, sepsis con compromiso neurológico, alteración de la conciencia, retraso mental, quechua hablante y parentesco con el personal tratante o trabajadores del hospital.

Encuesta y escalas de satisfacción:

Se trabajó una encuesta previamente validada (11) para pacientes hospitalizados, de una población similar a la nuestra, de bajo nivel socioeconómico, adultos

mayores y población desempleada en su mayoría. A través de un estudio piloto se seleccionaron 31 de los 45 ítem de la encuesta original. El nivel de satisfacción general se midió con la escala de Likert: 1: Muy satisfecho, 2: Satisfecho, 3: Más o menos satisfecho, 4: Poco satisfecho y 5: Insatisfecho.

En el análisis de las respuestas se consideró satisfechos a los pacientes que habían respondido muy satisfecho y satisfecho. La evaluación del comportamiento de los médicos con las preguntas de connotación positiva y negativa, se realizó con la escala de Likert: 1: Siempre, 2: Muchas veces, 3: Más o menos, 4: Rara vez y 5: Nunca.

En el análisis de las respuestas sobre el comportamiento positivo observado en los médicos se consideró presente esta actitud cuando fue observada "siempre y muchas veces". En las preguntas sobre el comportamiento negativo observado en los médicos se consideró presente si fue observado "siempre, muchas veces, más o menos".

Cálculo del tamaño muestral:

El cálculo del tamaño muestral se realizó con un estudio piloto de 10 encuestas. Con el porcentaje de 82.5% de satisfacción general se obtuvo un cálculo de tamaño muestral de 26 pacientes.

Otras variables:

Las variables clínicas y demográficas que se consignaron fueron la edad, el sexo, el grado de instrucción dividido en iletrado, primaria, secundaria y superior, el nivel socioeconómico clasificado según los ingresos mensuales (Cuadro N° 1), si tenía empleo, la estancia hospitalaria en días, si padecía su enfermedad más de un año y el número de hospitalizaciones previas en los últimos 5 años. Si conocía a su médico tratante antes de la hospitalización, a quién identificaba como el médico más cercano a él en el piso, entre el residente de tercer año, el residente de primer año y el interno. Asimismo se consignó el número de pacientes que éste tenía a su cargo.

Consideraciones éticas.

Se explicó verbalmente a los pacientes sobre los fines del estudio y sobre el anonimato de las encuestas, pidiéndoles su consentimiento para participar en ella.

Análisis de los datos

Se realizó una tabla descriptiva sobre las variables clínicas y demográficas. Se elaboraron tablas con los porcentajes de las respuestas sobre el comportamiento

Cuadro N°1. Nivel socioeconómico.

Fuente: Apoyo y Mercadeo

A. Alto	\$ 3319
B. Medio alto	\$ 874
C. Medio	\$ 348
D. Bajo	\$ 229
E. Muy bajo	\$ 157

médico. Se realizó un test de Chi cuadrado con corrección de Fisher para buscar diferencia en el nivel de satisfacción según las variables clínicas y demográficas obtenidas.

RESULTADOS

Se encuestaron 64 pacientes y se obtuvieron las siguientes respuestas expresadas en porcentajes en orden decreciente. En la tabla N°1 se muestran las variables clínicas y demográficas de los pacientes. En las tablas N°2 y N°3, los comportamientos positivos y negativos observados en el médico en formación más cercano al paciente. No se encontró diferencia significativa en el nivel de satisfacción general o por los comportamientos por las características clínicas y demográficas de los pacientes entrevistados.

DISCUSIÓN

La relación médico paciente ha evolucionado desde sus orígenes en Hipócrates, donde predominaba una actitud paternalista con predominio de la beneficencia y no maleficencia "primum non nocere", a ser en los últimos 30 años, una relación centrada en el paciente, donde prevalece la autonomía (12). El paciente es quién determina los estándares de calidad en los países desarrollados (13), estando presente esta demanda también en el ámbito privado del sector de salud en Latinoamérica, en países como Chile (14).

Estos estándares que a veces se enfocaron en los detalles de decoración de los salones de atención médica, terminaron por encontrar que lo que el paciente valora es la actitud de su médico hacia él (13). La progresiva masificación de la atención en salud actúa en deterioro de la relación médico paciente por varios motivos, entre ellos el tiempo limitado para ver a cada paciente, que no siempre la duración de la relación médico paciente es la apropiada, así como que los pacientes no pueden escoger a sus médicos. Hay propuestas acerca de que la relación médico paciente

Tabla N°1. Características clínicas y demográficas de los pacientes.

Características (n=64)	Valor
Edad (años)	42
Masculino (%)	44
Femenino (%)	56
Nivel de educación (%)	
Analfabeto	5
Primaria	34
Secundaria	47
Superior	14
Nivel socioeconómico (%)	
C	13
D	20
E	67
Empleo (%)	17
Estancia hospitalaria (días)	17
Tiempo de enfermedad ≥1 año (%)	41
N° de hospitalizaciones en los últimos 5 años	2
Conocían a su médico antes de hospitalización (%)	5
Médico encargado (%)	
Interno	88
Residente de 1er año	12
N° de pacientes por médico	8

Tabla N°2. Comportamiento médico observado por los pacientes: Preguntas con connotación positiva.

Pregunta (n=64)	Respuesta característica (%)
Satisfacción general	82.8
Es cortés	98.4
Sabe hacer procedimientos y examinar me	98.4
Confía en mi palabra	96.9
Se asegura de que todo salga como fue planeado	93.8
Se toma tiempo para escucharme	92.2
Tiene una conducta profesional	92.2
Está personalmente preocupado por mí	88.4
Se mantiene informado de lo que me pasa con las demás personas del equipo que me atienden	87.5
Está disponible cuando lo necesito	84.4
Alivia mis preocupaciones	84.4
Sabe consolarme cuando lo necesito	82.8
Hace que mi familia participe en mi cuidado	82.3
Me informa claramente sobre los exámenes realizados y lo que significan para mí	81.3
Me dice que puedo hacer para cuidarme y yo mismo	77.3
Me explica sobre mi enfermedad y lo que significa para mí	73.4
Me explica en detalle cómo se realizarán los exámenes especiales con sus riesgos y beneficios	58.8
Es ameno cuando es apropiado	57.8
Toma asiento a mi lado cuando me conversa	54.7
Me deja participar en las decisiones sobre mi salud	31.3
Me explica lo que otros doctores piensan sobre mi enfermedad y tratamiento	23.4
Me pregunta sobre mi vida personal y mis intereses	21.9
Me pregunta sobre lo que pienso de mi enfermedad y tratamiento	18.8

se está tornando cada vez más en una relación equipo de salud-usuario (15), donde se evalúa más apropiadamente el funcionamiento del equipo sanitario encargado y todos son responsables de la satisfacción del paciente, no sólo el médico. A continuación sin embargo, presentamos el análisis de nuestro comportamiento hospitalario y responsabilidad en la satisfacción del paciente como usuario.

Los pacientes hospitalizados nos permiten evaluar de forma integral las actitudes, habilidades y comportamientos de los médicos en formación. Los pacientes estudiados de las salas de hospitalización de medicina interna fueron casi equitativamente varones y mujeres, no se evaluó el género del médico tratante, que se ha visto que podría influir en la satisfacción del paciente (1).

El porcentaje de satisfacción general de los pacientes fue de 82.8%, similar al encontrado en el estudio previo en USA de 82.4%, realizado en pacientes de un hospital universitario como el nuestro, con pacientes desempleados y de un nivel socioeconómico bajo (11). Se ha visto que los pacientes de niveles socioeconómicos altos, que tienen acceso a atención en clínicas particulares son los que muestran los índices más bajos de satisfacción. Estos pacientes, centro de la economía de mercado, son los más difíciles de satisfacer (16).

Al igual que en el estudio previo de Mulanovich en un hospital universitario en Lima y el hospital universitario en USA de hace 14 y 16 años respectivamente, los pacientes entrevistados se encuentran satisfechos asumiendo un rol pasivo en su atención (10,15). Esto

Tabla N°3. Comportamiento médico observado por los pacientes: Preguntas con connotación negativa.

Pregunta (n=64)	Respuesta característica (%)*
Me trata más como un caso de enfermedad que como una persona	23.4
Ignora mis sentimientos	22.2
Usa palabras que no entiendo	15.6
Se demora en venir cuando lo necesito	12.5
Evita mis preguntas	9.5
Parece tenso (a)	9.4
Actúa como si fuera superior a mí	4.7
Me pone nervioso (a) o tenso (a)	3.2

* Definida como respuestas: "Siempre", "Muchas veces", "Más o menos".

se evidencia con claridad contrastando el alto nivel de satisfacción general obtenido con la poca participación del paciente en las respuestas concernientes a su autonomía. La respuesta sobre la participación de los pacientes en las decisiones sobre su salud alcanza un 48% en USA frente al 30% obtenido en nuestro hospital. Aunque es mayor la autonomía de los pacientes americanos con respecto a los nuestros en las mismas épocas, en su selección es uno de los ítem más bajos. ¿A qué se puede deber esto? Ser autónomo ¿No es ser más pleno como paciente? O es que, como han postulado algunos autores ¿A los pacientes crónicos y adultos mayores les interesan las habilidades de comunicación, consuelo y confort más que la autonomía? (15,17).

En la relación médico-paciente, el abordaje de los aspectos psicosociales mejora la satisfacción del paciente y disminuye las demandas médicas legales (18-20). En este estudio se encontraron los más bajos porcentajes de satisfacción en la evaluación de los aspectos psicosociales. Estos resultados coinciden con lo hallado a nivel mundial, y en específico con los estudios de USA y Lima utilizados como referencia (10,11). La amenidad en nuestros médicos en formación 54% y 36.5% en USA, , indagar sobre la vida personal del paciente y sus intereses 21.9% en Lima y 20% en USA, preguntar lo que piensa el paciente sobre su enfermedad y tratamiento 18.8% en Lima y 38.8% en USA. Tratar sobre asuntos triviales o temas informales, saber contar un chiste o hacer una broma cuando es apropiado, no involucra invertir mayor tiempo durante la visita médica hospitalaria, 3.5 minutos en USA (17) y 4.6 minutos en promedio por paciente en nuestro hospital (10) y conlleva a mayor sensación de bienestar y satisfacción al paciente (21).

En lo concerniente a las habilidades de comunicación, se sabe que éstas se dificultan en los adultos mayores que padecen hipoacusia, pacientes con problemas crónicos u otros problemas como enfermedades terminales (16,17,21). A veces los errores de comunicación son tales que se llega a malinterpretar las órdenes de no reanimación y reanimación (22, 23). Esta falta de habilidades en la comunicación en los pacientes se repite en los estudios previos en USA y los realizados en Lima. Esto se aprecia en la comparación de los escasa satisfacción obtenida en los puntos que evalúan las habilidades de la comunicación en comparación con la satisfacción general: Me informa claramente sobre los exámenes realizados y lo que significan para mí 81% en Lima en comparación 76% en USA, me informa sobre mi enfermedad y lo que significa para mí, 73% en Lima y 57 % en USA. La recepción de la explicación sobre la

enfermedad, el significado de los exámenes complementarios y las opiniones del equipo de médicos tratantes, por parte de los pacientes podría depender del nivel educativo y socioeconómico de ellos mismos (19). Sin embargo, se ha visto también que los médicos en nuestras explicaciones utilizamos con frecuencia la jerga médica, 15.6% en Lima y 16.7% en USA. Esto nos impide una comunicación efectiva con los pacientes, dificulta la empatía, disminuye la satisfacción y hasta puede generar problemas médico legales (4,20).

Tener el gesto de sentarse al lado de la cama del paciente para conversar con él, es una práctica poco frecuente, 54% en Lima y 23% en USA. Este sencillo gesto es interpretado por el paciente como hablar a su mismo nivel, detalle que facilita la comunicación (4).

Ahora que la medicina tiende a funcionar como equipo de salud, múltiples especialistas concurren a las salas de hospitalización. Nuestros resultados acerca de la información que el paciente recibe sobre la opinión vertida por ellos son coincidentemente bajos, 23% en Lima y 42% en USA. Es necesario informar también de forma integral sobre la opinión de ellos sobre el caso del paciente, de forma que se eviten malentendidos que pueden llevar a problemas médico legales (4,20,24).

Los comportamientos negativos hallados en los médicos se encuentran en porcentajes discretamente superiores que en USA. Los pacientes se sienten tratados como casos más que como personas en un 23% en Lima y 7.7% en USA; sienten que se ignora sus sentimientos, 22% en Lima y 3.8% en USA, se evita sus preguntas, 9.5% en Lima y 2.9% en USA y se actúa con ellos con aires de superioridad, 4.7% en Lima y 12.4% en USA. También observan los pacientes en proporción similar a la de USA que el mismo médico da la impresión de estar tenso o que le pone nervioso o tenso a él. Una razón para esta aparente superioridad en comportamientos negativos observados en los médicos en formación es la libertad que puedan haber sentido los pacientes para contestar, concedores de los fines del estudio y el anonimato de las encuestas. Goic postula que estos comportamientos presentes en los médicos en general pueden deberse a que “las bases éticas de la relación del médico con su paciente se han debilitado, probablemente por vacíos en la formación de los médicos en las Escuelas de Medicina y falta de reflexión de los profesionales respecto a sus conductas cotidianas” (25).

Desde hace 10 años se conoce que la falta de autonomía del paciente, el pobre abordaje de los aspectos psicosociales y las escasas habilidades de comunicación son las fallas más comunes en la relación médico

paciente (26). Se ha propuesto incluir en la cartilla de propedéutica de las escuelas de medicina una revisión sistemática de estos temas, complementaria a la anamnesis y el examen físico, con miras a afinar la formación integral de los médicos desde el inicio (13).

Se ha estudiado que la forma más eficaz de implementar estas medidas, es a través de la adopción de estas actitudes y la discusión de estos temas en las prácticas cotidianas de los profesores de medicina (4). Los médicos asistentes más exitosos son los que distribuyen su tiempo equitativamente entre el contacto con los alumnos a través de rondas clínicas, la elaboración de sus clases, resaltando la importancia de la relación médico paciente a aquellos a quienes se enseña y enseñando los aspectos psicosociales de la medicina (27). Como decía Séneca: "Largo es el camino de la enseñanza por medio de teorías, breve y eficaz por medio de ejemplos"

En conclusión, el nivel de satisfacción general es similar al evaluado en otros países, siendo necesario reforzar en los médicos en entrenamiento: las habilidades de la comunicación, el ejercicio de la autonomía de los pacientes, la valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales.

Correspondencia:

Pilar Bandrés Sánchez
Departamento de Medicina.
Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
Av Alfonso Ugarte s/n. Lima 1. Perú.
Email: identes@terra.com.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and the relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1563-69.
- Gross D, Zyzanski S, Borowski E, Cebul R, Stange K. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract.* 1998; 47:133-137.
- Ramsey P, Wenrich M, Carline J, Inui T, LoGerfo J. Use of peer ratings to evaluate physician performance. *JAMA* 1993; 269:1655-60.
- Rajput V, Bekes C. Ethical issues in hospital medicine. *Med Clin North Am* 2002; 86(4):869-86.
- Rosselot E. El derecho a una atención médica de buena calidad. *Rev Méd Chile* 2000; 128:1385-88.
- Feldman D, Novack D, Gracely E. Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine. *Arch Intern Med* 1998; 158:1626-32.
- Burbinski B, Naser M. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Arch argent Pediatr* 1999; 97(11):43-46.
- Matthews D, Feinstein A. A review of systems for the personal aspects of patient care. *Am J Med Sci* 1988; 295(3):159-71.
- Ramos M. Satisfacción de los pacientes luego de la atención en consulta ambulatoria en dos hospitales del ministerio de salud de Lima Metropolitana. (Tesis de Bachiller) Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1999.
- Mulanovich VE: La relación médico paciente en servicios docentes de hospitalización en medicina. (Tesis de Bachiller) Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1989.
- Matthews D, Sledge W, Lieberman P. Evaluation of intern performance by medical inpatients. *Am J Med* 1987; 83:938-44.
- Glass R. The patient-physician relationship: JAMA Focuses on the Center of Medicine. *JAMA* 1996; 275:147-48.
- Delbanco T. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116:414-18.
- Burdiles P, Csendes A, Molina P, Gonzales G, Ramirez C, Puchi A y col. Atributos del médico tratante: estudio desde el punto de vista del paciente. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2001; 12(4):259-65.
- Ocampo-Martinez J. La bioética y la relación médico-paciente. *Cir Ciruj* 2002; 70:55-59.
- Sulmasy D, McIlvane J. Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. *Arch Intern Med* 2002; 162:2098-104.
- Coe R, Miller D. Communication between the hospitalized older patient and physician. *Clin Geriatr Med* 2000; 16(1):109-18.
- Bertakis K, Roter D, Putnam S. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 32(2):175-81.
- Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275(2):152-57.
- Levinson W. Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272(20):1619-21.
- Hebert R, Jenckes M, Ford D, O'Connor D, Cooper L. Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 2001; 16:685-92.
- Wenger N, Phillips R, Teno J, Oye R, Dawson N, Liu H et al. Physician understanding of patient resuscitation preferences: insights and clinical implications. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(5Suppl):552-60.
- Reyes-Ortiz C, Gheorghiu S, Mulligan T. Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Colombia Médica* 1998; 29:134-37.
- Vacarezza R. De los derechos del paciente. *Rev Méd Chile* 2000; 128:1380-84. Goic A. Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. Una introducción. *Rev Méd Chile* 2000; 128:1371-73.
- Balint J, Shelton W. Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship. (The patient-physician relationship). *JAMA* 1996; 275:887-91.
- Wright S, Kern D, Kolodner K, Howard D, Brancati F. Attributes of excellent attending physician role models. *N Engl J Med* 1998; 339:1986-93.