

Hacia un nuevo modelo de relación clínica

K. Martínez Urionabarrenetxea

Hospital de Navarra. Pamplona.

La sencilla, tradicional y unipersonal transacción médica está siendo invadida por una serie de fuerzas poderosas: la base cada vez más profundamente científica y técnica de la medicina, el mayor nivel educativo de la sociedad, la institucionalización del cuidado médico y la progresiva democratización del mundo¹. La medicina tiene problemas perennes, dos de los cuales son particularmente serios actualmente: la falta de sensibilidad para el sufrimiento y el abuso de poder. El distanciamiento producido por nuestras abstracciones hace a los profesionales de la salud especialmente sensibles a la primera; nuestro poder pronóstico y terapéutico cada vez mayor nos hacen especialmente capaces de la segunda².

Hace algunos años, Drane³ hizo explícito lo que él consideraba las virtudes del buen médico que acompañaban a las correspondientes dimensiones del acto médico y que se explicitan en la tabla 1. Gracia⁴ también ha reflexionado sobre los distintos estratos de la personalidad, los objetivos educativos y las diversas metodologías bioéticas que debieran llevarse a cabo en los diferentes escenarios clínicos, y que aparecen en la tabla 2.

LA COMPLEJIDAD DE LA RELACIÓN CLÍNICA

Si bien ambos autores realizan una profunda reflexión teórica sobre la cuestión, la especificidad concreta de la realidad de la interacción clínica es mucho más compleja. La relación médico-paciente constituye un proceso dinámico y complejo cuyo curso no puede ser predicho de antemano porque no existen dos relaciones clínicas iguales⁵. En la actualidad, a pesar de que una gran mayoría de pacientes parece desear ser informada sobre sus enfermedades, existe entre los mismos de forma individual una considerable variedad sobre su deseo de participar en la toma de decisiones, y es imposible predecir las preferencias de un paciente individual con relación a su participación. La única forma que el clínico tiene de conocerlas es a través de preguntas explícitas^{6,7}.

Aun cuando algunas voces afirman que se necesita más evidencia y menos retórica⁸, múltiples estudios demues-

tran de forma repetida que los pacientes se quejan de actitudes impersonales por parte de sus médicos^{9,10}. Esto provoca la falta de adhesión a los tratamientos médicos¹¹⁻¹³, los fallos en la comunicación¹⁴⁻¹⁶, la falta de satisfacción tanto entre los pacientes como entre los médicos^{17,18}, las denuncias por mala praxis^{19,20}, y la “pérdida de fe” en la medicina²¹. A la inversa, la participación de los pacientes conduce a mejores resultados de salud²²⁻²⁷ lo que coincide con la antigua creencia de que, ya se trate del mantenimiento de la salud o del tratamiento de una persona enferma, la base del buen cuidado es una cálida y confortable relación entre médico y paciente²⁸⁻³⁰.

Mishler³¹ describió en la relación médico-paciente la presencia de dos voces diferentes en un claro desequilibrio de poder. Por un lado, se encuentra la poderosa voz de la medicina, que utiliza una terminología médica y que realiza descripciones objetivas de los síntomas físicos, una voz que pretende e intenta clasificar todo en un modelo biomédico reduccionista. Por otro lado, se encuentra la débil voz de los pacientes, una voz con un discurso no técnico, que habla de la experiencia subjetiva del enfermar, en el contexto de las relaciones sociales y de la vida cotidiana. Y cuando tales voces se encuentran, es la voz de la medicina la que fija los límites de la relación y resulta vencedora.

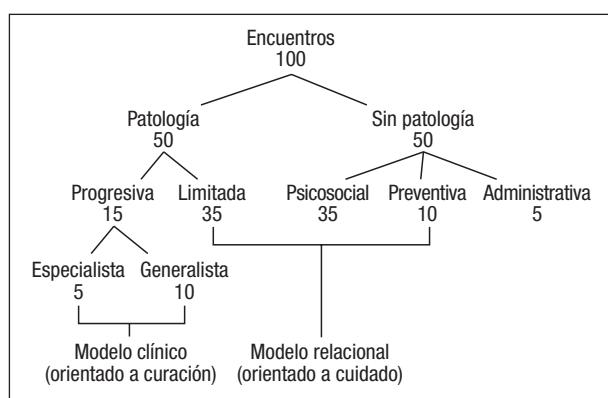
Las conversaciones en la relación clínica suelen girar alrededor de los síntomas, de peticiones de diagnóstico y de tratamiento, pero existen muchos otros temas que no son aireados y, por tanto, no son tratados, como las preocupa-

Tabla 1. Virtudes del médico y dimensiones del acto médico, según James Drane

Dimensiones del acto médico	Virtudes del médico
Médica (actos diagnósticos y terapéuticos)	Benevolencia
Espiritual (comunicación verbal)	Veracidad
Volitiva (toma conjunta de decisiones)	Respeto
Afectiva (sentimientos respectivos)	Amistad
Social (relación clínica: acto social y público)	Justicia
Religiosa (médico: rol de sacerdote)	Religiosidad

Correspondencia: Dr. K. Martínez Urionabarrenetxea.
Servicios de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra.
Irúnlarrea, s/n. 31008 Pamplona.
Correo electrónico: Koldomartinez@jet.es

SEMERGEN: 2001; 27: 291-296.

**Figura 1.**

ciones de los enfermos sobre posibles diagnósticos o sobre el futuro, las ideas de los pacientes sobre qué es lo que no va bien, los efectos colaterales de los tratamientos, la información sobre el contexto social, etc. A resultas de ello, los pacientes pueden sentir que su voz es silenciada, acallada, desposeída de su significado personal y socialmente descontextualizada, que ellos están presentes en la relación sólo de una manera parcial y con una autonomía limitada³². Algunos autores han estudiado las diferentes faltas de entendimiento que se dan entre los enfermos y sus médicos y han descubierto que la mayoría se incluyen dentro de 14 categorías relacionadas con los siguientes aspectos: información desconocida para el médico y viceversa; desacuerdo sobre la atribución de efectos colaterales de los tratamientos recetados; fallos en la comunicación de la decisión del médico al paciente, y otros factores directamente relacionados con la relación en sí misma³³.

Parsons describió los dos distintos papeles, el del médico y el del paciente. El papel del paciente implica la forma ideal de conducta de la persona enferma, que supuestamente dispone de algunos privilegios, como la exención de responsabilidad sobre el propio estado de salud y de la realización de las tareas sociales normales, y algunas obligaciones, como la motivación para curarse, buscar ayuda competente, confiar en el médico y seguir el régimen terapéutico. El papel del médico está investido con autonomía y autoridad profesional para definir la enfermedad, conferir la condición de enfermo a una persona potencialmente enferma, establecer prioridades, tomar la iniciativa de valorar el estado de salud y controlar los posibles problemas relacionados con la misma. Esto crea un desequilibrio de poder en la relación clínica, debida al desequilibrio en la información, a las diferencias sociales y a las distintas actitudes de los médicos y de los pacientes. Pero como este

desequilibrio puede ser representado de modo diferente cada vez según el distinto grado de control de cada participante en el encuentro clínico, Szasz y Hollender³⁴ describieron varios modos de relación clínica: actividad-pasividad (especialmente para enfermos en coma), guía-cooperación (fundamentalmente en enfermedades infecciosas agudas) y participación mutua (enfermedades crónicas). Es esta última la única que reconoce la mutualidad de la influencia entre médico y paciente.

Varios estudios demuestran que la mayoría de los encuentros médico-paciente no están directamente relacionados con el propio proceso de curación, tal y como éste ha sido entendido tradicionalmente desde la perspectiva médica, sino con otros procesos indirectamente relacionados con la salud. Uno de ellos³⁵ demuestra que de 1.000 adultos en situación de riesgo, sólo 750 presentarán una enfermedad al mes, y que de éstos sólo un tercio (esto es, 250 personas) consultarán a un médico, y sólo 15 necesitarán ser estudiados en el nivel especializado de atención a la salud. Una conclusión similar es ofrecida por otro estudio³⁶ que demuestra que el 8,4% de las consultas de atención primaria estaba relacionado con cuestiones administrativas, un 51% con problemas psicosociales y un 39,6% con problemas biomédicos. Otro estudio³⁷ demuestra que de 100 encuentros médicos, 50 están relacionados con algún tipo de enfermedad, mientras que la otra mitad no lo está. De estos 50, 5 se deben a cuestiones administrativas, 10 están relacionados con temas de preventión y 35 con cuestiones psicosociales. Esto quiere decir que de 100 consultas médicas, sólo 15 se incluyen dentro del modelo de relación clínica orientada a la curación, mientras que las 80 restantes pueden ser mejor tratadas con un modelo de relación orientado al cuidado (fig. 1).

Cuando a los pacientes se les pregunta qué consideran de crucial importancia sobre el cuidado responden que la comunicación, las preferencias del paciente, el apoyo emocional, el bienestar físico, el tratamiento del dolor, la educación, la participación de la familia, la planificación del alta y el plan de seguimiento³⁸. Un estudio reciente³⁹ realizado en varios países de la Unión Europea refiere las prioridades de 3.540 pacientes en relación con la atención primaria. Estos enfermos sugieren que: a) durante las consultas, el médico generalista (MG) debería tener tiempo suficiente como para escuchar, hablar y explicar cosas; b) el MG debería ser capaz de proporcionar un servicio rápido en caso de urgencia; c) el MG debería garantizar la confidencialidad de la información sobre todos sus pacientes; d) el MG debería decir a sus pacientes todo lo que éstos desean saber sobre su enfermedad; e) el MG debería permitir que el paciente se sienta libre para hablar de sus problemas; f) debería ser posible concertar una cita con el MG de forma sencilla y rápida; g) el MG debería asistir de forma habitual a cursos para aprender los avances médicos recientes; h) el MG no debería sólo curar las enfermedades sino también ofrecer servicios de prevención; i) el MG debería valorar críticamente la utilidad de la medicina y del consejo, y j) el MG debería explicar los objetivos de las pruebas y de los tratamientos al detalle. Analizadas crítica-

Tabla 2. Estratos de la personalidad, objetivos educacionales y metodologías bioéticas en las distintas relaciones clínicas, según Diego Gracia

Estratos de la personalidad	Objetivos educacionales	Metodologías bioéticas	Duración de la relación
Actos	Conocimientos	Principios/consecuencias	Corta
Hábitos	Habilidades	Virtudes/vicios	Media
Carácter	Actitudes	Hechos/valores	Larga

mente, estas prioridades demuestran la preponderancia que aún se otorga al médico en la relación clínica.

No hay duda de que cuando un paciente entra en contacto con un profesional de la salud, lo hace en un momento pico de una curva de estrés caracterizado por incertidumbre y ansiedad⁴⁰. La incertidumbre del paciente se relaciona con la necesidad cognitiva de saber y entender; desea información, explicación y clarificación. Su ansiedad va unida a una necesidad emocional de ser comprendido; desea ser aceptado como es, y asegurarse de ello⁴¹. El profesional también presenta cierto grado de distintas incertidumbres: técnicas, relacionadas con la ausencia de datos suficientes para predecir el efecto de algunos factores en la evolución de la enfermedad o en el resultado de algunas intervenciones; personales, ancladas en la propia relación clínica, que es una interacción interpersonal, y conceptuales, relacionadas con los problemas de la aplicación de criterios abstractos a situaciones concretas. Esta incertidumbre profesional está causada por la propia práctica clínica, por la dificultad de extrapolar los resultados de los ensayos clínicos a los casos concretos, la diversidad política, ética, legal y cultural, la pérdida de la certeza moral, y la fragmentación de la profesión. Aun así, muchos médicos continúan reflejando una educación racionalista en la cual esta realidad es negada o ignorada, lo que lleva a una falta de honestidad clínica con los pacientes y a hacer más difícil la toma de decisiones y la buena utilización de los recursos.

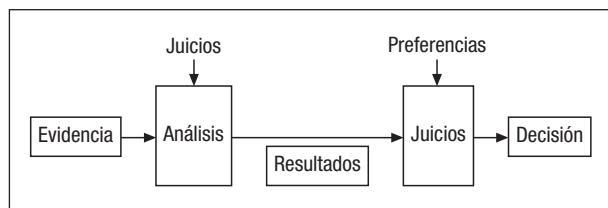
La incertidumbre que imbuye toda la relación clínica obliga a los participantes en ella a actuar sabia y prudentemente, y les conduce a una toma de decisiones más participativa. Tal y como dice Siegler, si en la medicina existe certeza moral, esto es, si es posible determinar qué acciones tomadas en un contexto médico son morales o éticas, esta certeza moral no se descubrirá recurriendo a leyes formales o a principios morales sino en el contexto de las particularidades de la propia relación médico-paciente⁴². Se han hecho múltiples sugerencias en esta dirección. Towle⁴³ propone los siguientes pasos: desarrollar camaradería con los pacientes; establecer sus preferencias sobre la cantidad y calidad de información que desean y su papel en la toma de decisiones; analizar y responder a sus ideas, preocupaciones y expectativas; identificar las elecciones y evaluar la evidencia de la investigación para cada caso; presentarles dicha evidencia y ayudarles a reflexionar y a valorar el impacto de decisiones alternativas

en relación con sus valores y estilo de vida; negociar una decisión y manejar los posibles conflictos; acordar un plan de acción y concretar el seguimiento. Para alcanzar estos objetivos se deben cumplir ciertos pasos y comprometer a los pacientes: implicar implícita o explícitamente a los pacientes en el proceso de toma de decisiones; explorar ideas, miedos y expectativas sobre el problema y posibles tratamientos; clarificar las opciones; ofrecer la información de manera adecuada al formato elegido; analizar el proceso (comprensión de la información y reacciones a la misma); evaluar la aceptación del proceso y los papeles elegidos; decidir, discutir o retrasar las decisiones, y concertar el seguimiento. Para que todo esto sea posible, es necesario implicar a los pacientes. Y algunos autores dicen que esto es a veces difícil porque, generalmente, tanto las visiones positivas como las negativas sobre el proceso suelen ir unidas; hay una reticencia profesional a hacerlo; los profesionales se quejan de falta de tiempo; debe tenerse en cuenta el contexto, esto es, la edad y el nivel educativo de los participantes, y el tipo de decisiones a tomar. Pero algo debe estar claro desde el primer momento: tiene que darse cierta explicitud sobre el proceso; las distintas opciones deben estar claras para los participantes; el papel del paciente en el proceso de toma de decisiones debe ser aclarado y determinado⁴⁴. Uno de los mayores problemas para alcanzar estos objetivos es que los profesionales carecen de la formación necesaria para ser capaces de realizar estas prácticas. Y el médico debe conocer a sus pacientes para poder interactuar con ellos apropiadamente, debe saber cómo dar la información, cuánta información suministrar, cómo compartir el proceso de toma de decisiones, cómo dirigir el tratamiento médico actual u otras intervenciones y cómo manejar de forma efectiva y creativa los posibles desencuentros que puedan surgir⁴⁵.

Parece interesante mencionar que el 13% de los pacientes en los EE.UU. recibe atención sanitaria en hospitales de agudos, mientras que un 87% lo hace en otras localizaciones⁴⁶. Se sabe, al mismo tiempo, que los estudiantes de medicina realizan el 60-82% de sus prácticas de aprendizaje en hospitales de agudos⁴⁷, y que los residentes de medicina de familia emplearon en 1991 un 69-81% de su tiempo en hospitales⁴⁸. Esto quiere decir que el currículum de los estudiantes de medicina está fundamentalmente orientado a la curación y que en él no está integrada la enseñanza de habilidades tan necesarias⁴⁹.

Tabla 3. Modelos de relación clínica según Linda y Ezekiel Emanuel

	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores del paciente	Objetivos compartidos por ambos	Definidos, fijos y conocidos por el paciente	Poco definidos y conflictivos, necesitados de una aclaración	Abiertos a discusión mediante un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de sus preferencias	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores más importantes del paciente y realizar la acción elegida por él	Hablar sobre si ciertos valores son los más adecuados, informarle y realizar la acción elegida por él
Autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de, y control sobre, los cuidados médicos	Autocomprensión de los elementos relevantes	Autodesarrollo de los valores morales relevantes
Rol del médico	Guardián	Técnico experto	Consejero o consultor	Amigo/maestro

**Figura 2.**

Seguramente, no es muy acertado analizar los modelos de interacción médico-paciente orientado a la curación y orientado al cuidado como las dos únicas opciones posibles. Existe, entre ambos, una amplia gama de posibilidades intermedias que gira en torno a los objetivos legítimos de la medicina y que los combina de una forma que respeta y expresa los valores del paciente concreto⁵⁰. Hay, pues, una innegable necesidad de un nuevo tipo de relación médico-paciente. Hace varios años, en un artículo muy conocido⁵¹, se describieron cuatro modelos de relación clínica, el paternalista, el informativo, el interpretativo y el deliberativo, cuyas características se citan en la tabla 3. Sus autores apoyan especialmente el modelo deliberativo, a pesar de que afirman que todos ellos son válidos en las distintas situaciones específicas.

Eddy⁵² describía los dos pasos fundamentales para un adecuado proceso de toma de decisiones y defendía un modelo informativo de relación, expuesto en la figura 2. El médico, tras realizar un análisis basado en la mejor evidencia médica y en sus propios juicios sobre el caso, debería presentar sus resultados al paciente, el cual los debería juzgar según sus propias preferencias, y tomar entonces su propia decisión. En este modelo se rechaza el paternalismo, pero junto a él se sacrifica también el aspecto positivo del papel tradicional del médico, la beneficencia. Y con ella desaparece, asimismo, el cuidado. Thomasma^{53,54} clasificó los diferentes modelos de la interacción médico-paciente (paternalismo, autonomía, empresarial, contrato, pacto y beneficencia-en-la-confianza) y afirmó que cada modelo determina qué valores serán los predominantes en la relación.

Más recientemente⁵⁵, se ha publicado una nueva clasificación basada en los procesos fundamentales de la información, deliberación y toma de decisiones. Se han descrito así tres tipos de relación, paternalista, informada y compartida, cuyas respectivas características se recogen en la tabla 4.

Para que la toma de decisiones sea conjunta deben estar implicadas todas las dimensiones de la relación. Es un hecho que las personas totalmente comprometidas en el proceso de toma de decisiones comparten emociones, valores y argumentos, así como datos. El marco en el cual comparten es precisamente la propia relación. En ella se ven involucrados, entre otros factores, una mezcla de cuidado, respeto y expectativas de uno hacia otro. Tanto el paciente como el médico deben expresar sus razones y sentimientos al otro; deben participar abierta y libremente. Deben hablar de valores. Certo grado de espontaneidad debe estar presente⁵⁶.

NUEVOS MODELOS DE INTERACCIÓN CLÍNICA

Este tipo de análisis llevó al Dr. Levenstein a intentar un modelo de aproximación diferente al modelo clínico que él llama “medicina centrada en el paciente”. Se trata de un proceso compuesto de seis componentes interactivos, tres de los cuales están relacionados con el proceso y los otros tres con el contexto:

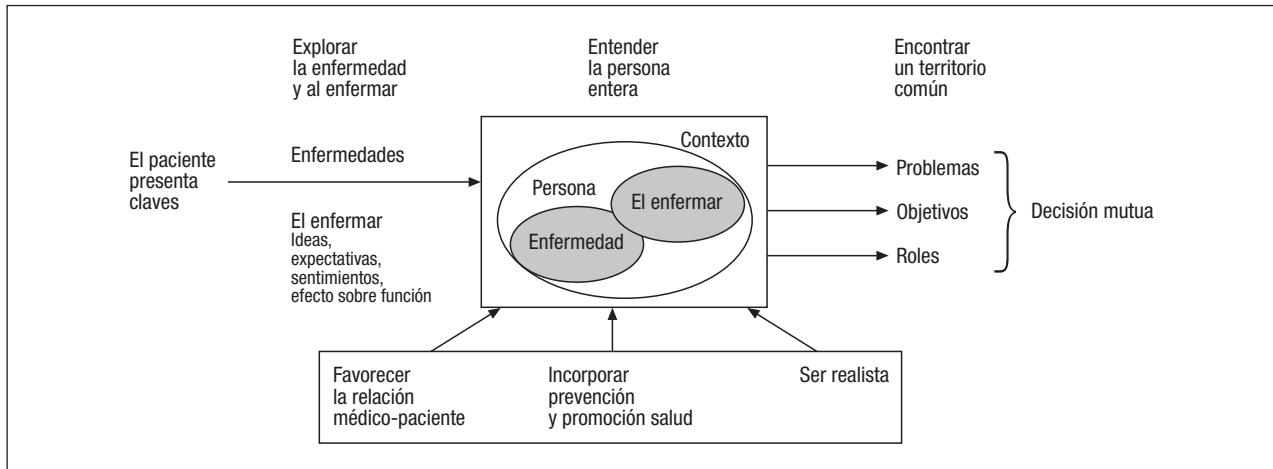
1. Explorar tanto la enfermedad como la vivencia del enfermar: diagnóstico diferencial, dimensiones de la enfermedad (ideas, sentimientos, expectativas y efectos sobre la función).
2. Comprender la persona en su totalidad: la “persona” (historia de vida y cuestiones personales y de desarrollo), el contexto (la familia y cualquier otra persona implicada en o afectada por la enfermedad del paciente) y el medio físico.
3. Buscar un territorio común en relación con el manejo: problemas y prioridades, objetivos del tratamiento, roles del doctor y del paciente en el manejo.
4. Incorporar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: promoción de la salud, reducción de riesgos, detección precoz de la enfermedad, disminución de los efectos de la enfermedad.
5. Profundizar en la relación médico-paciente: características de la relación terapéutica, poder compartido, relación de curación y de cuidado, autoconocimiento, transferencia y contratransferencia.
6. Ser realista: tiempo, recursos, construcción de equipo⁵⁷.

Todo ello se representa en la figura 3.

Existe un nexo en común entre este método y el modelo que Epstein⁵⁸ llama “práctica juiciosa” caracterizado por la

Tabla 4. Nueva descripción de los tipos de relación clínica

Estadios analíticos	Flujo	Paternalista	Compartido	Informado
Intercambio de información	Dirección	Unidireccional Médico a paciente	Bidireccional Médico a paciente y paciente a médico	Unidireccional Médico a paciente
Deliberación	Tipo	Médica	Médica y personal	Médica
	Mínimo	Legal Médico	Relevante Médico y paciente	Relevante Paciente
Decisión		Médico	Médico y paciente	Paciente

**Figura 3.**

observación activa de uno mismo, del paciente y del problema; la visión periférica; el proceso de preatención; la curiosidad crítica; la valentía de ver el mundo tal cual es más que como uno desearía que fuera; la voluntad de examinar y de abandonar categorías y prejuicios; la adopción de la mente de un principiante; la humildad para tolerar la existencia de áreas de incompetencia en uno mismo; la conexión entre el sujeto que conoce y el que es conocido; la compasión basada en la reflexión interior, y la presencia. Ambos métodos llevan al médico y al paciente a una comprensión integrada de la enfermedad y de la experiencia del enfermar facilitadora de una toma compartida de decisiones.

La reforma de nuestro método clínico tiene en su nivel más profundo un propósito moral: la restauración del equilibrio entre pensar y sentir y una renuncia, o al menos un compartir, del enorme poder que la tecnología moderna nos ha proporcionado². Esto debe ser así, porque los pacientes tienen vidas, no sólo enfermedades⁵⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pellegrino ED. Protection of patients' rights and the doctor-patient relationship. *Prev Med* 1975; 4: 398-403.
2. McWhinney IR. Why we need a new clinical method. En: Stewart M, Brwon JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR, editores. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Londres: Sage, 1995.
3. Drane JF. *Becoming a good doctor: the place of virtue and character in medical ethics*. Kansas City: Sheed and Ward, 1988.
4. Gracia D. *Bioética clínica*. Santa Fé de Bogotá: El Búho, 1998.
5. Charles C, Gafni A, Whelan T. How to improve communication between doctors and patients. *BMJ* 2000; 320: 1220-1221.
6. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med* 1998; 24: 81-88.
7. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996; 156: 1414-1420.
8. Zwarenstein M, Reeves S. What's so great about collaboration? *BMJ* 2000; 320: 1022-1023.
9. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981; 94: 492-498.
10. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician's behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.
11. Heszen-Klemens I. Patients' noncompliance and how doctors manage this. *Soc Sci Med* 1987; 24: 409-416.
12. Garrity TF. Medical compliance and the clinician-patient relationship: a review. *Soc Sci Med* 1981; 15: 215-222..
13. Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ* 1993; 307: 846-848.
14. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252: 2441-2446.
15. Roter DL, Hall JA. Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 325-329.
16. Laine C, Davidoff F, Lewis C, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med* 1996; 125: 640-645.
17. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987; 24: 351-357.
18. Hall JA, Dorman MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1986; 27: 331-342.
19. Curran WJ. Informed consent in malpractice: aturn towrd sanity. *NEJM* 1986; 314: 82-85.
20. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-559.
21. Mechanic D. Public perceptions of medicine. *NEJM* 1985; 312: 181-183.
22. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520-528.
23. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care: Relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 506-511.
24. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazar CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989; 27: 1027-1035.
25. Henbest RJ, Fehrson GS. Patient-centredness in the consultation: Is it applicable outside the West? Is it measurement and effect on outcomes. *Fam Pract* 1992; 9: 311-317.
26. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124: 497-504.
27. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423-1433.
28. Balint JA. Brief encounters: speaking with patients. *Ann Intern Med* 1999; 131: 231-234.
29. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctors relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125-130.
30. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 2000; 320: 526-527.
31. Mishler EG. *The discourse of medicine, dialectics of medical interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1984.
32. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-1250.

33. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 484-488.
34. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med* 1956; 97: 585-592.
35. White KL, Williams TF, Greenburg BG. The ecology of medical care. *NEJM* 1961; 18: 885-892.
36. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 319: 738-743.
37. Kushner T. Doctor-patient relationships in general practice: a different model. *J Med Ethics* 1981; 7: 128-136.
38. Cleary PD, Edgman-Levitian S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs* 1991; 10: 254-267.
39. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEEP). Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4-11.
40. Putnam SM, Stiles WB, Jacob MC, James SA. Patient exposition and physician explanation in initial interviews and outcomes of clinic visits. *Med Care* 1985; 23: 74-80.
41. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view?. En: White K, editor. *The task of medicine*. Menlo Park, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
42. Siegler M. Searching for moral certainty in medicine: A new model of the doctor-patient encounter. *Bull NY Acad Med* 1981; 57: 56-69.
43. Towle A. Physician and patient communication skills: competencies for informed shared decision making. Vancouver: University of British Columbia, 1997.
44. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practitioners. *BMJ* 1999; 319: 753-756.
45. Abramovitch H, Schwartz E. Three stages of medical dialogue. *Theor Med* 1996; 17: 175-187.
46. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1995; 10: 113-114.
47. Barzansky B, Jonas HS, Etzel SI. Educational programs in US medical schools, 1995-1996. *JAMA* 1996; 276: 714-719.
48. Andersen RM, Lytle CS, Kohrman CH, Levey GS, Clements MM. National study of Internal Medicine Manpower, XIX: trends in internal medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1992; 117: 243-250.
49. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ* 2000; 320: 572-575.
50. Fox E. Predominance of the curative model of medical care. *JAMA* 1997; 278: 761-763.
51. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-2226.
52. Eddy DM. Anatomy of a decision. *JAMA* 1990; 263: 441-443.
53. Thomasma DC. Models of the doctor-patient relationship and the ethics committee: Part one. Cambridge: *Quarterly of Healthcare Ethics*, 1992; 1: 11-31.
54. Thomasma DC. Models of the doctor-patient relationship and the ethics committee: Part two. Cambridge: *Quarterly of Healthcare Ethics*, 1994; 3: 10-26.
55. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999; 319: 780-782.
56. Smith DH, Pettegrew LS. Mutual persuasion as a model for doctor-patient communication. *Theor Med* 1986; 7: 127-146.
57. Stewart M, Brwon JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered Medicine. Transforming the clinical Method*. Londres: Sage, 1995.
58. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-839.
59. Smith DH. Ethics in the doctor-patient relationship. *Crit Care Clin* 1996; 12: 179-197.