



REVISTA MÉDICA UNIVERSITARIA

Facultad de Ciencias Médicas - UNCuyo

Vol 15 – Nº1 – 2019
ISSN 1669-8991



Artículo original

Cuando el médico es el paciente

Elaskar María Cielo¹, Salomón Susana^{1,2}

1. Servicio de Clínica Médica, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza.

2. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Correo de contacto: mcelaskar@gmail.com

RESUMEN

Objetivos: Determinar el comportamiento de los médicos ante su propio proceso de salud-enfermedad-atención y sobre el ejercicio del rol médico ante un colega.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, observacional a través de una encuesta validada, autoadministrada y anónima. Se incluyeron médicos de un hospital general de agudos de Mendoza. La encuesta incluía datos sociodemográficos, percepción del estado de salud (ES), actitud ante propia enfermedad (ENF) y colegas, principales problemas de salud (PrS), controles de salud y efecto en el ejercicio profesional. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, de dispersión e IC 95%.

Resultados: Se incluyeron 120 médicos. 60% eran mujeres. Edad promedio: 44.8 años (DS±5.6). Pertenecían a especialidades clínicas 88%. Cumpliendo en promedio 45.6 hs/sem (DS±8.2). Referían sentirse satisfechos en el trabajo 63%. Percibían su ES como BUENO el 57%. Presentaban algún PrS el 60%, los más frecuentes: obesidad, ansiedad, hipertensión y alteraciones tiroideas. Más del 75% refieren que es difícil para los médicos admitir la ENF. La misma condicionó el ejercicio profesional POCAS VECES en la mitad. En los últimos 2 años el 47% NUNCA presentó PrS. Más del 80% refieren estar DE ACUERDO en que el ES afecta la atención de los pacientes. Se consideró que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales. El 65% refieren empeoramiento de su ES por la actividad profesional y la mitad presentó licencia por enfermedad. Uno de cada

dos SIEMPRE fue a trabajar estando enfermo, por lo cual les hubiera hecho certificado laboral a sus pacientes. Ante un PrS el 93% se automedica y ante un PrS serio o que no se resuelve, el 62% buscará ayuda de otro profesional. 8 de cada 10 está vacunado y solo el 75% se vacunó para la gripe. El 70% NO se realiza controles laborales, 42% NO realiza ejercicio físico y 15% fuma. El 45% NO tiene médico de cabecera. En los últimos 5 años solo por año el 17% realizó controles de rutina, 20% controles ginecológicos y 7% mamografía. Como médico la mitad percibió beneficios al ser atendido y el 16% refieren que los revisan menos. Se respeta la confidencialidad SIEMPRE en el 43% y se comentan PrS de compañeros A MENUDO en el 45%. La mitad no nota diferencia al atender a otro médico, 22% lo sienten como un examen y a 15% los incómoda. Se sienten NADA preparados para atender a colegas 20%. Están DE ACUERDO que médicos enfermos deben ser atendidos por profesionales específicamente formados, contar con apoyo especial y trabajar en equipo. Ante un problema informal de parte de un colega, el 78% lo deriva al consultorio sin turno. El 90% NO cobraría honorarios a un colega.

Conclusiones: Existe una disociación entre lo que indica el médico y lo que hace cuando él es el paciente. Cuidamos tanto la salud del otro, que en muchas ocasiones se deja de lado la propia. Creemos que esto debería hacernos reflexionar sobre el rol del médico como

paciente y como médicos cuando atendemos a nuestros colegas.

PALABRAS CLAVES: MÉDICOS ENFERMOS. ENFERMEDAD. ESTADO DE SALUD.

ABSTRACT

When the physician is the patient

Objectives: Determine the behavior of physicians in their own health care disease process and about the exercise of the medical role with a colleague.

Material and methods: Protocolized, descriptive, observational study, through a validated, self-administered and anonymous survey. Physicians of the acute general hospital of Mendoza were included. The survey included sociodemographic data, perception of health condition, attitude to own disease and colleagues, main diseases, health controls and effect on professional practice. Statistic analysis: measures of central tendency, of dispersion and CI 95%.

Results: 120 physicians were included. 60% were women. Average age 44.8 (± 5.6). 88% did clinical specialties. On average, they worked 45.6 hrs/week ($SD \pm 8.2$). 63% felt satisfied at work. 57% perceived their health condition as good. 60% had any health problem (HP), the most frequent were: obesity, anxiety, hypertension, and thyroid disorders. More than 75% referred that it is difficult for physicians to admit illness. 47% reported not having HP during the last 2 years. More than 80% agreed that their health condition affected medical care. Somatics problems appear to have less impact than mental problems. 65% reported worsening of their health condition due to professional activity and half presented sick leaves in this period. One of two, always worked being sick, for which he would have made instead of a work certificate to his patients. 93% self-medicated and, when facing an HP they can not resolve,

62% looked for the help of other professional. 8 out of 10 are vaccinated and only 75% have been vaccinated for the flu. 70% do not undergo health check-ups, 42% do not do exercise and 15% smoke. 45% do not have Primary Care Physicians (PCP). In the last 5 years, only 17% performed routine checks, 20% gynecological controls and 7% mammography. As physicians, half saw benefits when treated and 16% reported that they received a less physical examination; 43% always respected confidentiality and 45% commented HP with colleagues. Half of them do not notice a difference when treating another physician, 22% feel it as an exam and 15% feel uncomfortable. 20% do not feel prepared to treat other physicians. They mostly agree that sick physicians should be treated by specifically trained professionals, with special support and working as a team. When informally referred a problem by a colleague, 78% treated him in their office without an appointment. 90% would not charge fees to a colleague.

Conclusions: There is a dissociation between what the physician prescribes and what he does when he is the patient. We care so much for the health of others, that in many occasions our own health is left aside. We believe that this should make us reflect on the role of the physician as a patient and as physicians when treating our colleagues.

KEYWORDS: SICK PHYSICIANS. DISEASE. HEALTH CONDITION.

Introducción

Como médicos vivimos día a día con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte de otras personas. Esto es parte de nuestra vida, casi de manera natural. En el desempeño de la práctica profesional, el médico trata principalmente de realizar acciones de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, proporcionarle

oportunidades de rehabilitación o de cuidados paliativos cuando sea necesario, intenta lograr la curación de sus pacientes, y cuando no se logra curar, debe procurar calmar e intentar aliviar los síntomas en lo posible, pero siempre debe acompañar y reconfortar.¹

Una interesante pregunta es qué sucede cuando el médico se transforma en “el paciente”, que sucede cuando el que padece la enfermedad es uno mismo.

El plantearse la enfermedad siendo médico hace reflexionar sobre la medicina y sobre el propio ejercicio profesional, pero en ocasiones produce un verdadero desafío entre nuestros conocimientos y nuestros sentimientos, entre nuestro ser médico y estar enfermo, nos expone, nos hace sentir débiles, es más fácil reaccionar psicológicamente con miedo, ansiedad e incluso negando lo que nos pasa, ya que visibiliza el no

poder sentirse autosuficiente y omnipotente, como la medicina paternalista muchas veces nos ha hecho sentir y comportarnos.

El médico “paciente” supone una ruptura de los roles sociales de paciente y médico pero además nos da una mirada muy especial de vivir la experiencia de padecer una enfermedad.²

Por ello, con la idea de iniciar el abordaje de este tema y con el objetivo de determinar el comportamiento de los médicos ante su propio proceso de salud-enfermedad-atención y sobre el ejercicio del rol médico ante un colega, es que realizamos esta investigación.

Materiales y métodos

Estudio protocolizado, descriptivo, observacional investigación con metodología mixta cuali y cuantitativa, a través de una encuesta validada, autoadministrada y anónima. Se incluyeron médicos de un hospital general de agudos de Mendoza. La encuesta incluía datos socio-

demográficos, percepción del estado de salud (ES), actitud ante propia enfermedad (ENF) y colegas, principales problemas de salud (PrS), controles de salud y efecto en el ejercicio profesional. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, de dispersión e IC 95%.

Resultados

Se incluyeron 120 médicos. El 60% eran mujeres. La edad promedio fue de 44.8 años (DS±5.6). Pertenecían principalmente a especialidades clínicas (88%). Cumpliendo en promedio 45.6 hs/sem (DS±8.2). Referían sentirse satisfechos en el trabajo 63%. Percibían su estado de salud como BUENO el 57%, sin embargo, presentaban algún problema de salud el 60%, entre los más frecuentes: obesidad, ansiedad, hipertensión y alteraciones tiroideas. Más del 75% refieren que es difícil para los médicos admitir la enfermedad. La misma condicionó el ejercicio profesional POCAS VECES en la mitad. En los últimos 2 años el 47% NUNCA presentó problemas de salud. Más del 80% refieren estar DE ACUERDO en que el estado de salud afecta la atención de los pacientes. Se consideró que los problemas somáticos tienen menos impacto que los mentales. El 65% refieren empeoramiento de su estado de salud por la actividad profesional y la mitad presentó licencia por enfermedad. Uno de cada dos SIEMPRE fue a trabajar estando enfermo, por lo cual le hubiera hecho certificado laboral a sus pacientes. Ante un problema de salud el 93% se automedican y ante un problema

de salud serio o que no se resuelve, el 62% buscará ayuda de otro profesional. 8 de cada 10 está vacunado y solo el 75% se vacunó para la gripe. El 70% NO se realiza controles laborales, 42% NO realiza ejercicio físico y 15% fuma. El 45% NO tiene médico de cabecera. En los últimos 5 años solo por año el 17% realizó controles de rutina, 20% controles ginecológicos y 7% mamografía. Como médico la mitad percibió beneficios al ser atendido y el 16% refieren que los revisan menos. Se respeta la confidencialidad SIEMPRE en el 43% y se comentan problemas de salud de compañeros A MENUDO en el 45%. La mitad no nota diferencia al atender a otro médico, 22% lo sienten como un examen y a 15% los incómoda. Se sienten NADA preparados para atender a colegas 20%. Están DE ACUERDO que médicos enfermos deben ser atendidos por profesionales específicamente formados, contar con apoyo especial y trabajar en equipo. Ante un problema informal de parte de un colega, el 78% lo deriva al consultorio sin turno. El 90% NO cobraría honorarios a un colega.

Discusión

Al abordar esta temática estamos obligados a plantear dos escenarios. Por un lado la percepción de salud de los médicos y lo que significa para un médico convertirse en paciente y por otro lado, cómo percibe y cómo actúa el médico ante la enfermedad de un colega.

Teniendo en cuenta que el proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.^{3,4}

La confrontación con este proceso es una realidad cotidiana para los médicos, lo extraordinario es cuando el que padece la enfermedad es él y se convierte en el paciente.

Para los médicos es muy difícil enfrentar la enfermedad en la condición de pacientes. El temor al dolor, al riesgo de la incapacidad o la muerte nos coloca en la misma situación de quienes se sientan frente a nosotros. Súbitamente nos convertimos en uno más de ellos, los pacientes, y nos cuesta aceptar el cambio de identidad profesional. Entre las profesiones, parece irónico que el financiero quiebre, que el abogado sea enjuiciado o que el médico sea el paciente.⁵

Al hablar de médico como paciente se supone una ruptura de los roles sociales. Se observa una tendencia a la negación de la enfermedad en el médico paciente. Es probable que los médicos teman hablar de enfermedad porque es tabú. *“Los médicos somos muy malos pacientes, como que necesitamos ser pacientes”*.² De hecho, en nuestro estudio se evidencia como más del 75% refieren que es difícil para los médicos admitir la enfermedad.

Los médicos son unos pacientes diferentes, con más conocimiento experto, pero con pautas comunes a la población general. Se presenta la enfermedad desde otra mirada, una mirada que se articula desde la propia profesión médica a través de su trayectoria social como paciente. Sus relaciones suelen darse por una

dependencia (paciente) y una autoridad (médico).²

El médico paciente insiste en su actitud aparentemente “pasiva”. Sin embargo, es evidente que no es así, ya que son ellos mismos los que seleccionan al personal médico que los va a atender y muchas veces su tipo de tratamiento, además por su conocimiento son participantes activos en casi todas las etapas de la enfermedad.²

También vemos como ellos mismos subestiman la enfermedad. A todos los encuestados se les preguntó sobre su percepción de estado de salud, respondiendo la mayoría que gozaban de buena salud (57%) pero a su vez referían presentar algún problema de salud el 60%, lo cual parecería contradictorio.

Al evaluar las enfermedades más prevalentes, llama la atención la discordancia con la literatura, en donde priman alteraciones como estrés, tabaquismo, alcoholismo, depresión, uso de drogas, entre otros.^{12,13} Aunque coincide al considerar que los problemas mentales tienen mayor impacto. Todo esto podría estar en relación con la carga laboral excesiva, la demanda permanente y la autoexigencia. En nuestro estudio se ve que en promedio trabajan más de 45 hs por semana, incluyendo que realizaban guardias extensas. Se ha visto que en promedio los médicos trabajan entre 50-60 hs semanales, si además adicionan guardias de 24 hs, genera consecuencias negativas tanto a nivel profesional como personal.⁶

Frente a la posibilidad de enfermar, los médicos reaccionan no pocas veces con un sentimiento de invulnerabilidad. Con un pensamiento tipo mágico atribuyen a la bata blanca una suerte de escudo protector contra las enfermedades. La soberbia del sano, esa presunción que la enfermedad solo afecta a los demás, parece estar muy arraigada en la profesión médica. El imaginario de la sociedad también participa del mito al atribuir a los médicos una suerte de exención.⁵

Al presentarse la enfermedad, la misma puede generar distintas reacciones en el médico paciente. Puede provocar que algunos médicos no acepten que una dolencia interrumpa su vida profesional y reaccionan tornándose obsesivos

por el trabajo, tratando de ignorar su enfermedad. Otros médicos, en cambio, optan por medios saludables, tratando de revitalizar sus vidas, contrarrestar el estrés y aliviar el malestar psicológico, dedicando más tiempo a la familia.⁵

Indudablemente, se tome la conducta que se tome, la enfermedad sigue estando presente y se ha visto como una patología grave, que limita de cierta manera al médico paciente, le genera un cambio en sus relaciones médico-paciente.

Se genera una visión más humana del prójimo enfermo. El trato es más solícito, con empatía, dedican más tiempo a escuchar, se interesan por su vida personal y familiar.⁵ Cuando los médicos pacientes viven su propio dolor y sufrimiento llegan a entender aún más el de otros y eso genera transformaciones en su atención en salud.²

Los galenos víctimas de enfermedades crecen, se humanizan, adquieren pequeñas dosis de humildad, inmensa escuela cuando se trata de atender y acompañar a personas enfermas. Aunque puede ser complejo reconocerlo, las patologías, sobre todo cuando uno las padece, brindan elementos empáticos para tratar a otras personas: enseñan e invitan a colocarse en la situación del otro. De eso debe tratarse la relación médico-paciente. De eso debe ocuparse la medicina.⁸

En nuestro estudio se evidencia cómo muchos de los médicos enfermos dejaban pasar su enfermedad, priorizando el ejercicio profesional. Sólo la mitad presentó licencia por enfermedad, lo cual claramente puede empeorar el estado de salud. Además uno de cada dos asiste a su lugar de trabajo estando enfermo y por lo cual le hubiera hecho un certificado a su paciente. Lo cual coincide con otros estudios donde se plantearon situaciones hipotéticas y los médicos respondían si asistirían al trabajo o no en dicha situación y la mayoría lo hacía, dejando de lado su propia salud.⁶

Indudablemente el estado de salud del médico afecta de una u otra manera en la calidad de atención del paciente. No solo es importante el bienestar del médico para su propio beneficio en particular sino para evitar una atención sub óptima de sus pacientes.⁶

En este contexto en el cual nos preocupamos por el otro, sintiéndonos que nada nos puede pasar, dejamos de lado nuestra propia salud, nuestro autocuidado. Vemos como ocho de cada diez médicos tienen la vacunación actualizada, siendo que sólo el 75% se vacunó para la gripe este año. Más del 40% no realiza ejercicio y el 15% fuma. Más del 70% no realiza controles laborales y en los últimos años 5 años han realizado controles de rutina 17% y controles ginecológicos 20% y mamografía sólo el 7%, lo cual es alarmante considerando que la mayoría son mujeres. Cifras interesantes considerando que se trata de su propio estado de salud y que son conductas que se deberían fomentar a toda la población.⁹

Los médicos no deben asumir la responsabilidad del diagnóstico y manejo de los problemas de su propia salud o de sus familiares cercanos. Es preferible que su médico tratante no sea un pariente o socio. Los médicos no deben automedicarse. Los médicos deben aceptar la condición de paciente cuando están bajo tratamiento. Cuando los médicos adolezcan de un problema de salud, tienen el deber ético, para sí y para sus pacientes, de recurrir al profesional competente para la evaluación de su capacidad de trabajar y seguir su consejo.¹⁰

Otros datos de importancia es cómo actúa el médico ante su enfermedad. Más del 90% se automedican. Con frecuencia los médicos subestiman o trivializan los síntomas de sus enfermedades y adoptan para sí conductas distintas de las aconsejadas a los pacientes. Ante un problema de su salud, optan por la automedicación y si consultan, lo hacen de manera informal, sea por teléfono, en el pasillo del hospital y con referencia a un tercero.^{5,6,7,11}

Menos de la mitad tiene médico de cabecera, coincidiendo con otros estudios.⁶ Hasta la mitad refieren haber percibido algún beneficio por ser médicos, aunque esto no es una constante. Algunos refieren que los revisan menos, que no se respeta la confidencialidad, que los tratan como enfermedades y no como enfermos. Con frecuencia, los médicos tratantes se interesan más por la enfermedad que por el enfermo. Son más dependientes de la tecnología y menos dispuestos a tender la mano al paciente. El principal mandamiento de la atención médica debería ser: *"Trata a tus pacientes como te*

gustaría ser tratado". En esto consiste el humanismo médico.⁵

La atención en salud es totalmente diferente al de un paciente normal, porque uno tiene el servicio del amigo, del compañero, del colega que está en aquella especialidad.

El médico suele consultar sobre su propia enfermedad de manera espontánea e informal con los colegas. Esta situación puede ser crítica ya que este tipo de consultas no pueden arrojar resultados serios y muchas veces impiden detectar una enfermedad a tiempo. El médico paciente se cuestiona sobre su padecimiento, se pregunta cómo puede alterar sus relaciones con las demás personas y en especial, en lo relativo a su profesión. A diferencia de la población en general el médico paciente puede interpretar o captar más rápidamente gracias a su conocimiento los síntomas de su propia enfermedad. El profesional en medicina aprende acerca de las etapas del dolor para tratar sus pacientes, pero todas estas enseñanzas son insuficientes e incluso poco útiles para enfrentar la enfermedad propia.²

El médico está más enterado de las consecuencias que puede tener su enfermedad. Conoce las posibilidades de curarse y reflexiona sobre el futuro. Algunos médicos pacientes tratan de restar importancia a su enfermedad en su relación con los colegas que le atienden. Es a través de la enfermedad que se descubre la posibilidad de la muerte.²

Se supone que los médicos están más preparados para afrontar las malas noticias. Su ejercicio profesional está en permanente contacto y comunicación con este tipo de noticias. Para el médico paciente no es fácil

afrontar las malas noticias de una enfermedad. Algunos médicos pacientes transforman su comportamiento debido al enfrentamiento a su propia enfermedad. Para los médicos haber sido también pacientes cambia totalmente su perspectiva a la hora de transmitir las malas noticias a sus pacientes.²

Por otro lado, no es una tarea fácil ser el médico que atiende al colega. Hasta la mitad no nota diferencia al atender a otro médico, sin embargo 22% lo sienten como un examen y al 15% los incomoda. Un 20% no se sienten preparados para atender a colegas y la mayoría está de acuerdo que médicos enfermos deben ser atendidos por profesionales específicamente formados, contar con apoyo especial y trabajar en equipo. Ante un problema informal de parte de un colega, casi el 80% lo deriva al consultorio sin turno.

Como vemos estamos ante una temática de la cual poco se habla y las evidencias con las que contamos son precisamente experiencias de médicos que fueron o son pacientes.¹²

El médico que vence alguna enfermedad reconoce la importancia del "otro" en ese espacio de dolor, preocupación, incertidumbre, miedo o sufrimiento. No es necesario que los galenos enfermen para ejercer mejor su profesión. Sí es menester que nos "ocupemos" en optimizar las medidas de prevención y promoción de la salud en nosotros mismos, que nos "preocupemos" cuando estamos enfermos en asumir el rol de pacientes y comportarnos como tales y cuando nos toca participar de la atención de un colega, preguntar, acompañar, escuchar, respetar y no obviar nada, e intentar un abordaje particular e integral en estos casos.

Conclusiones

Existe una disociación entre lo que indica el médico y lo que hace cuando él es el paciente. Cuidamos tanto la salud del otro, que en muchas ocasiones se deja de lado la propia. Creemos que esto debería hacernos reflexionar: ¿tenemos un médico clínico que nos aborde integralmente?, ¿nos hacemos los controles que nos solicitan y que muchas veces les recomendamos a nuestros pacientes?, ¿cuidamos nuestra salud como

cuidamos la de nuestros enfermos? ... y tantos otros cuestionamientos sobre el rol del médico como paciente y como médicos cuando atendemos a nuestros colegas. Al fin y al cabo somos seres humanos y estamos expuestos a sufrir una enfermedad como cualquier otra persona, ya que somos tan vulnerables y mortales como cualquiera.^{7,13}

Referencias bibliográficas

- 1-Elaskar M, Rivas D, Salomón S, Carena J. Reflexión sobre la experiencia de la muerte del paciente en mi ejercicio profesional. *Revista Médica Universitaria FCM UNCUYO*, 2016; 12 (2). [INTERNET] (Acceso: 03 de octubre de 2017).
Disponible en:
<http://bdigital.uncu.edu.ar/8440>.
- 2- Arroyave Bernal C. El dilema del médico como paciente: otra mirada a la experiencia de la enfermedad. *Rev. Latinoamericana Bioética* 2010; 10 (1): 36-55.
- 3- Brangold M. Proceso salud-enfermedad-atención, 2009. FCM UBA. [INTERNET] (Acceso: 1 de octubre de 2017).
Disponible en:
<https://es.slideshare.net/apombh/proceso-salud-enfermedad-mbh>
- 4- Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva* 2007; 3 (3): 271-83.
- 5- Albújar-Baca P. Cuando el medico es el paciente. *Acta Méd. Peruana* 2015; 32 (3): 164-8.
- 6- Wallace J, Lemaire J, Ghali W. La enfermedad de los médicos y los sistemas de atención. *Lancet* 2009; 374: 1714–21.
- 7- Jiménez-Navarrete M, González-Blandón R, Sell-Salazar V. Caracterización de algunos hábitos y enfermedades de los médicos costarricenses. *Acta Méd. Costarric* 2000; 42 (3): 121-30.
- 8- Kraus A. El médico como paciente, 2016. [INTERNET] (Acceso: 03 de octubre de 2017).
Disponible en:
<http://www.nexos.com.mx/?p=29990>
- 9- Elaskar M, Solavallone V, Salomón S, Carena J. ¿Tenemos conductas saludables los integrantes del equipo de salud?, 2016. En prensa.
- 10- British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients: Guidance from the BMA Medical Ethics Department. Londres, Reino Unido: BMA; 2010. [INTERNET] (Acceso: 03 de octubre de 2017).
Disponible en:
http://www.gmc-uk.org/doctorswhoarepatientsjanuary2010.pdf_62126868.pdf
- 11- Angulo S. Los médicos en su papel de pacientes, 2011. Madrid, España. [INTERNET] (Acceso: 03 de octubre de 2017).
Disponible en:
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiod/informes/informe/medpacientes.htm>
- 12- Novell A. El médico paciente, 2006. [INTERNET] (Acceso: 03 de octubre de 2017).
Disponible en:
https://elpais.com/diario/2006/04/16/eps/1145168807_850215.html
- 13- Martínez A. Médico enfermo, 2006. Congreso mundial urgencias de Puerto Vallarta. [INTERNET] (Acceso: 28 de setiembre de 2017).
Disponible en:
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Medico%20Enfermo.pdf>