|  |  |
| --- | --- |
| **Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina** |  |

|  |
| --- |
| **Etica en la medicina actual**  ***Dr. Octavio Rivero Serrano Dra. Irene Durante Montiel*** |
| [Regresa](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/libro_pdf.html) |
| En los últimos años se han multiplicado los artículos dedicados a reflexionar acerca de asuntos de ética médica. Desde la aparición hace unas décadas del concepto “bioética”, se mencionan con este rubro o como ética médica diversos aspectos, ya sea conceptuales o derivados del ejercicio mismo de la medicina. Además, las circunstancias en que se ejerce la medicina, actualmente, han hecho que los aspectos legales del ejercicio de la misma ocupen la atención, ya sea por reglas o preceptos que se han diseñado por los responsables de la medicina a nivel país o de organismos no gubernamentales como sociedades médicas o consejos (1).  Sin embargo, estas inquietudes tienen antecedentes de tiempo atrás, muy remoto. El Código de Hammurabi en Mesopotamia que data de 1753 años antes de nuestra era se refería ya a aspectos de reglamentación del quehacer médico. No era propiamente un Código de ética; se refería a los premios o castigos que debía recibir un médico de acuerdo a los resultados de su tratamiento. En cierta forma era salvaje y discriminatorio, ya que premiaba o castigaba al médico según su actuación ante un esclavo o ante un señor (2).  Entre los principios del ejercicio ético del médico más conocidos se encuentra el Juramento Hipocrático, que forma parte del *Corpus Hipocraticum* difundido alrededor de 400 años d.c., aunque se supone muy anterior. Se tienen dudas de que haya sido realmente dictado por Hipócrates (3). Como quiera, ha sido el más conocido de los preceptos inculcados por escuelas y asociaciones a los médicos. Algunos autores consideran que en su mayoría no se ha cumplido fielmente con él. En la medicina actual es evidente que el desarrollo de la medicina actual lo hace obsoleto. Aunque algunos de sus preceptos pueden considerarse válidos como el *Primun non nocere*, otros no pueden aceptarse en el ejercicio actual como se da en la actualidad.  En la Plegaria del Médico de Córdoba Maimónides, médico y filósofo Judío en la España de los comienzos de la edad media, se hacen reflexiones con las que en su mayoría, los filósofos actuales de la medicina están de acuerdo.(4)  Un hecho histórico interesante son las normas de Federico II de Sicilia en el Siglo XIII que no sólo reglamentaban los estudios de medicina, sino que quizá es el antecedente más lejano de esfuerzos por certificar el ejercicio del médico.  Como antecedentes más cercanos a nuestros tiempos deben señalarse los principios de reglamentación de la época del Protomedicato de 1640, válidos en la Nueva España, que tenían como antecedente inmediato las leyes de España. La publicación del *Discourse on the Duties of a Physician* de Samuel Bard que vivió en Inglaterra de 1742 a 1821 y el escrito similar de su coterráneo y contemporáneo John Gregory. (5)  Sin embargo, el antecedente más importante es la publicación del *Percival’s Medical Ethics*, diseñado por este autor como reglamento del *Manchester Royal Infirmary* y que sin duda fue una propuesta normativa del ejercicio médico como respuesta a las tendencias de Adam Smith, quien sostenía que cualquiera podía ejercer la medicina, sin ninguna reglamentación o aval.  El documento fue tan importante que sirvió como antecedente al Código publicado años después por la Asociación Médica Americana (AMA) en 1847. En esos años en Norteamérica también se daba el abuso de la libertad para el ejercicio de la medicina, a tal punto que Mary Baker una dama cincuentona, iletrada, que había tenido múltiples tropiezos en su vida personal, iniciara un movimiento médico que preconizaba la curación por la fe, que se convirtió en la *Christian Science* (6). Ante estas libertades no es de extrañar el importante Código mencionado de la AMA y los esfuerzos posteriores que fundamentados en el Informe de Abraham Flexner se hicieron para reglamentar los estudios de medicina y que dieron por resultado el cierre de la mayoría de la escuelas de medicina que en ese país y en esa época funcionaban sin nivel académico (7).  Es interesante reflexionar como en todas las épocas, aún en la actual, coincidente con los esfuerzos de una medicina científica y académica los países soportan medicinas paralelas que funcionan sin ninguna base científica. En USA aún existen la iglesias *Christian Science*, los quiroprácticos y hoy la medicina por Internet. En nuestro medio hay distintas medicinas alternativas y difusión en medios de comunicación masiva de tratamientos sin bases científicas.  En la segunda mitad del siglo que terminó, diversas agrupaciones médicas han hecho pronunciamientos en relación con la medicina. El Código Internacional de la Asociación Médica Mundial en 1949, el de Nuremberg en 1946, los de Ginebra y Helsinki en 1964, el de Sydney en 1968, el de la ONU ese mismo año, el de Oslo en 1970, el de la Asociación. Americana de Hospitales en 1973, del Consejo de Europa en 1976, el de Hawai en 1977, el de la OMS en 1982, y en 1983 el de Venecia y en nuestro continente el de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina.  En estos pronunciamientos se ha intentado reglamentar diversos aspectos de la medicina. Desde condenar crímenes de guerra por experimentación en humanos, reglamentar la investigación biomédica, la atención de niños, de moribundos, la atención psiquiátrica, y muchos otros aspectos del quehacer médico.  En las últimas décadas, son muchos los artículos publicados sobre la ética de la medicina, en ocasiones mencionando indistintamente la moral médica o la ética. Por ello, conviene hacer una distinción entre estos dos conceptos. No es sólo un prurito de lenguaje. “ética y moral” son dos cosas diferentes. Desde su origen “moral” viene del latín, *“mores”* que significa “costumbre” y “ética” del griego, *“Ethos”* que en su acepción final se refiere al carácter de la persona. Los preceptos morales derivan de la decisión de una sociedad. Con frecuencia son doctrinas derivadas de preceptos religiosos, de dogmas que un individuo tiene el derecho de aceptar. Son una decisión heterónoma. El carácter ético impone una conducta derivada de una reflexión personal; de la libertad de decidir, que en principio Dios dio al hombre al crearlo como característica de su creación. El hombre que tiene capacidad de pensar, de reflexionar y de atreverse a tomar decisiones propias; de tener una decisión “autónoma” (8).  Esta distinción es importante. Al examinar la bibliografía uno se encuentra con artículos que hablan de ética médica católica, o ética médica judía. Son artículos de moral católica o moral judía. Como es un libro de moral médica católica el publicado por la Academia Nacional de Medicina de Kuthy y cols. (9) con el nombre de Introducción a la Ética Médica. e innecesario el título de Ética Médica Laica, magnífico libro por cierto, de Pérez Tamayo, ya que toda ética médica es laica.  La diferencia entre Ética y Moral se da en la práctica diaria. Veamos sólo un ejemplo. De acuerdo a la Moral Católica (que por cierto en todos sus preceptos alguien tiene todo el derecho de aceptar) el único método de control de la fertilidad es el método del ritmo. Con base en una decisión ética, muchas familias católicas en este país, así como, la propia Secretaría de Salud, adoptaron en las últimas décadas, métodos diversos para el control de la natalidad.  En el futuro, asuntos como el referente a los diversos aspectos relacionados con la investigación de células embrionarias, su obtención, conservación; otros asuntos de fecundación asistida, la misma eutanasia y algunos aspectos de medicina genómica como el resultado de una medicina predictiva, tendrán que ser considerados por los afectados por ellos bajo estas dos decisiones: la imposición de una decisión derivada de una moral o la ética de un individuo.  Desde el artículo de Aldo Leopold sobre la ética de la conservación en 1933, pero sobre todo después del de Van Rensselaer Potter sobre Bioética, han aparecido numerosos artículos sobre bioética; se ha formado asociaciones con este nombre y en Norteamérica dos grandes instituciones son el centro de la bioética mundial: el Centro Hastings y el Instituto Kennedy. En estos dos sitios la investigación y los documentos publicados por ellos versan principalmente sobre asuntos de ética en la medicina como la eutanasia, la muerte digna, los diversos aspectos de trasplantes en humanos, la fecundación asistida, el aborto, y lo referente a células embrionarias, etc. Por ello, algunos consideran que han “medicalizado” la bioética (2). En cierta forma esto último es cierto, porque el concepto original de bioética se refiere a muchos otros aspectos aparte de los relacionados con la medicina. El concepto original de Potter se refiere a todos los sistemas vivos y su relación entre sí: el humano, el animal y el vegetal. La bioética cubre aspectos como son la deforestación y su impacto en los organismos vivientes, el uso de energías y su impacto en el planeta, el agua como recurso para la vida, la violencia derivada de la sobrepoblación y su origen en la “capacidad de carga” de una sociedad (10,11) y muchos otros aspectos en que las ciencias sociales y humanas confluyen con ciencias duras. Comprende aspectos de éstas últimas, pero en forma muy importante incluye otros que son del campo de las humanidades.  Así como se ha medicalizado la bioética ha habido una tendencia ha eclesializarla, principalmente por pensadores católicos. La Iglesia Católica y sus observantes tienen todo el derecho de mencionar y de observar las reglas, los preceptos, los dogmas de esta religión en relación con la medicina; pero esto es Moral Católica no ética.  Muchos coinciden en que el Juramento Hipocrático no es suficiente para normar la ética de la medicina actual; y que ha sido rebasado por el crecimiento en los conocimientos, por la tecnología médica actual y por las formas de organizar el soporte económico del acto médico. La mayoría coincide en que un ejercicio médico ético se da, cuando se cumplen cuatro principios fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía del enfermo y justicia en el suministro de la medicina. Otros autores consideran que de estos principios fundamentales hay otros secundarios a éstos como el consentimiento informado, la confidencialidad y otros (12). De cualquier acto médico, juzgado a la luz de estos principios se puede decir si es ético o no. Adelante veremos como en la medicina actual el cumplimiento de estos principios no depende ya, hoy, sólo del médico.  La organización de la medicina actual ha cambiado y no esta sólo en manos de médicos, de tal forma que se ve ahora la necesidad de una ética organizacional. La Academia de Medicina de New York publicó recientemente un estudio en el que se señalaba un índice elevado de mortalidad por errores médicos; lo importante es que hacía notar que más que errores de los médicos, eran errores ocasionados por el sistema de atención de la medicina (13).  En la ética médica actual, o si se le quiere llamar “bioética medicalizada”, es importante señalar que el lograr un ejercicio ético no depende hoy sólo del médico. Al no estar la organización de la medicina en manos de los médicos deben considerarse las responsabilidades éticas de quienes la organizan.  Así deben distinguirse diferentes áreas en las que es necesario hoy, analizar aspectos éticos de la medicina:  Aspectos conceptuales. Los concernientes a las discusiones que se dan acerca de la pertinencia de la investigación, obtención, utilización y conservación de células embrionarias; el uso de contraceptivos para el control de la fecundidad; la eutanasia y otros aspectos de la muerte asistida; el aborto en las diferentes situaciones en que éste se puede dar y trasplantes en diversas magnitudes; entre otros.  Aspectos propios de la acción del médico ante el enfermo. Éste es el segmento que más nos importa reflexionar y en cual extenderemos este análisis.  Para poder ejercer con ética la medicina, el médico debe tener los conocimientos y destrezas necesarios, ya que la principal e inicial obligación ética del médico es estar preparado. A este respecto la Academia Nacional de Medicina inició en la década de los setentas del siglo pasado el proceso de certificación de conocimientos y destrezas del médico especialista juzgadas por sus pares. Este certificado de calidad que beneficia al enfermo, se invalida si el especialista atiende casos de áreas de la medicina distintas a las que está certificado para atender. Esto sucede en la realidad de diversos centros médicos privados. También es de capital importancia que el médico general cumpla con un proceso de certificación, ya que él es el primer contacto que los pacientes tienen ante un problema. De su capacidad y destreza depende que el padecimiento sea resuelto pronto y con medidas sencillas o que a tiempo recurra al tratamiento del especialista si es que el padecimiento lo amerita. Algún déficit de conocimientos y destrezas afecta el principio de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia.  El ejercicio del médico puede no ser ético si el interés de su trabajo es distinto a sólo la beneficencia del enfermo, como cuando su principal interés es el lucro o la notoriedad. En ocasiones el interés económico se esconde en la participación de los honorarios cobrados por análisis o estudios de gabinete en los que el médico tiene beneficios. Aquí es evidente la falta de justicia.  Una falta mayor ocurre cuando existe el proceso de dicotomía que fue penalizado por diversas sociedades médicas desde mucho tiempo atrás y que consiste en que un médico obtenga una parte del honorario cobrado por otro al que el primero refirió un enfermo para tratamiento médico o quirúrgico. Una variante de esta falta se da cuando existe un doble cobro al enfermo. Un especialista en el área A recibe un enfermo sufriendo un padecimiento de área B. Lo refiere para su tratamiento, con el paciente internado, a un especialista de esta área B, pero continúa visitándolo en su cuarto con periodicidad. Al alta, el enfermo se enfrenta a dos cuentas de honorarios, debiendo haber enfrentado sólo la del especialista en el área B que fue quien resolvió el problema. El médico A explica su acción señalando que el paciente “es su enfermo” y le tiene gran confianza. Esto es una agresión al principio de justicia.  En ocasiones se violenta la autonomía del enfermo cuando no se realiza un verdadero procedimiento de consentimiento informado; sino que éste se limita a que el paciente llene un formato a su ingreso al hospital, autorizando las maniobras de diagnóstico y tratamiento necesarios, es decir, devaluar el muy importante aspecto de consentimiento informado a un mero trámite administrativo y con ello incurriendo en falta de respeto a la autonomía del paciente.  En los casos de cirugía hay dos condiciones francamente no éticas. Los casos de cirugía innecesaria que están bien documentados en la bibliografía médica (14) y los casos del “cirujano fantasma”; es decir, cuando un médico actúa como si él fuera el que interviniera en un caso, cuando realmente fue otro cirujano experimentado quien lo resolvió. No se da esta situación si el médico que atendió al enfermo inicialmente explica a la familia que va a recurrir a un cirujano más experto que él para resolver el caso y él va actuar sólo como ayudante. Los honorarios en este caso de forma ética, deben ser de nivel de cirujano para quien intervino y de ayudante para el que actuó así, aunque éste último sea el que originalmente atendió al enfermo.  En la actualidad, es evidente que hay que tener mucho cuidado en cumplir con el principio de justicia manteniendo la confidencialidad en relación con el padecimiento del paciente. En ocasiones esto no es sencillo. Con frecuencia la familia de un paciente con cáncer pide al médico que no haga del conocimiento del paciente su mal para no deprimirlo; en este caso el médico debe valorar con cuidado el cumplir con esta petición, de acuerdo con la sensibilidad que juzgue de la capacidad del paciente para enfrentar la realidad. El enfrentar la realidad puede ser cumplir con justicia el que el paciente pueda llevar acabo acciones propias de quien sabe que va a dejar de vivir a un plazo relativamente corto. En otras situaciones la índole de la enfermedad obliga al enfermo a alertar a la familia sobre el tipo de enfermedad del paciente; ahora se da en casos de SIDA, cuando hace unas décadas era un problema en el caso de pacientes con tuberculosis pulmonar abierta, es decir en fase de contagio, para evitar la transmisión de la enfermedad a otros familiares.  Un mal de nuestro tiempo es la llamada “medicina defensiva”. Atenta contra la justicia porque hace gastar al paciente dinero en exámenes y estudios de gabinete innecesarios y contra él de no maleficencia porque en ocasiones se somete al enfermo a estudios que conllevan cierto riesgo. Se da como una respuesta al miedo del médico de ser demandado si el diagnóstico fue incompleto o equivocado. Puede ser originada por esta perversión de la medicina en la que el paciente no confía en el médico porque le fue impuesto por alguno de los mecanismos de la medicina administrada que hoy existen; o puede ser la expresión de la ignorancia del médico ante un paciente. Esto último se da en salas de urgencias donde el paciente es recibido en ocasiones por jóvenes inexpertos y ante la falta de un diagnóstico presuntivo obtenido por maniobras de clínica clásica, se pide todo tipo de análisis y estudios de gabinete para orientar el diagnóstico, cuando éstos sólo deben ser utilizados para corroborar o rectificar la presunción clínica (15). En estos casos se falta a la justicia y quizá al de no maleficencia.  El encarnizamiento terapéutico es el uso de recursos extraordinarios en pacientes con un padecimiento terminal en los que sólo hay que evitar al paciente síntomas tan molestos como el dolor o la asfixia. La actitud del médico en salas de urgencia requiere en estos casos de una comunicación pronta con los familiares del paciente para conocer si la voluntad del paciente al respecto de tener o no medidas extraordinarias ha quedado consignada por escrito. Ésta es la situación menos conflictiva. En estos casos él o los médicos tratantes deben manejarse con cautela y discreción, pues en ocasiones hay contradicción acerca de la conducta a seguir de parte de distintos familiares (16,17).  Un aspecto ético bien documentado en la bibliografía en Norteamérica es el caso del médico como doble fiduciario (18,19). El médico en relación con el principio de beneficencia debe ser sólo fiduciario del paciente. Se da un conflicto de intereses cuando el médico no sólo esta preocupado por el paciente sino en quedar bien con la compañía de pagos que lo ha empleado; esto es frecuente en médicos de aseguradoras o en médicos que son empleados de servicios médicos como el de los empleados bancarios, en donde para seguir las políticas de la institución que los emplea restringen el uso de recursos diagnósticos o terapéuticos a los pacientes. Otra forma de esta doble responsabilidad se da cuando en consorcios médicos privados, los médicos tratantes para ser “productivos”, según los criterios empresariales, emplean más recursos de diagnóstico y tratamiento o mayor frecuencia de internamientos para hacerse de este prestigio comercial de ser “productivos” a la empresa.  Finalmente, un asunto que ha llenado ya muchas páginas de revistas médicas: La relación de los médicos con la industria farmacéutica. Desde los mini sobornos como los llaveritos, las plumas, pisapapeles, libretitas, que el visitador médico entrega a los médicos promoviendo un nuevo producto farmacéutico, hasta los maxi sobornos que consisten en comidas en lugares costosos o viajes para asistir a congresos. Hay estudios que demuestran que estos mecanismos de propaganda influyen en la receta del médico (20,21). Se ha demostrado que a través de este mecanismo, los laboratorios logran que el médico, aún el de nivel académico, recete el nuevo medicamento, de precio mucho mayor que el anterior con la idea de que va a ser más útil, cuando en realidad tiene el mismo efecto que los anteriores de costo menor. En los congresos da pena ver a los médicos perdiendo el tiempo visitando las carpas de los laboratorios, en vez de asistir a las sesiones académicas, donde con regalos como camisetas, discos y otras fruslerías les promueven la receta de sus medicamentos. Peor aún, en los congresos, hay sesiones donde un médico de cierto prestigio presenta un trabajo donde relata su experiencia clínica –naturalmente favorable-- con el medicamento que la compañía farmacéutica que le pagó el viaje desea promover. Sería indispensable reglamentar la presencia de la industria farmacéutica en las actividades académicas diversas como los congresos, las sesiones de sociedades científicas, los programas de educación médica continua, para evitar que estos esfuerzos académicos resulten en eventos de propaganda farmacéutica generalmente, además, mal pagada.  Hemos mencionado que el ejercicio ético de la medicina no está hoy sólo en manos de los médicos. Mencionaremos algunas situaciones de ejercicio no ético que se escapan a la voluntad del médico.  Si el fin único de la medicina debe ser sólo el beneficio del enfermo y la medicina debe ser justa para todos, es poco ético el mecanismo de selección negativa de pacientes por las aseguradoras que venden seguros médicos. Se privilegia la admisión de jóvenes y sanos; se evita la de viejos o con sospecha de estar propensos a una enfermedad.  No es de justicia la cantidad de argucias que las aseguradoras emplean para diferir el pago de gastos médicos que en forma legítima reclaman los asegurados. Tampoco es ético los muy bajos pagos que realizan a los médicos. Hace años publicamos una encuesta entre médicos especialistas certificados quienes contestaron señalando los muy bajos honorarios pagados por las compañías de seguros y las dificultades para el cobro de los mismos (22). No es ético que entre los médicos contratados se promuevan premios a quienes utilicen menos recursos para sus enfermos. Para los pacientes una falta de justicia es que no puedan escoger libremente al médico tratante deseado y tengan que atenerse el grupo seleccionado por la aseguradora que son médicos que han aceptado, por necesidad, sus bajos honorarios.  En la medicina de los servicios públicos hay una indudable falta de equidad lo cual hace injusta la medicina así organizada. En los trece subsistemas en que se administra medicina en los servicios públicos hay una gran variedad de oportunidades de acceso, suficiencia o insuficiencia de recursos; existe en la mayoría un exceso administrativo que reduce recursos para la atención médica propiamente dicha. Los insumos con frecuencia son insuficientes, principalmente los medicamentos y por ende la calidad de la atención en ocasiones es mala. Es una falta ética de la llamada organizacional.  En los grandes centros médicos privados la selección necesaria se da por la capacidad económica del enfermo. De esto no tienen la culpa estos consorcios; es una falta ética del sistema médico del país. Sin embargo, sí se dan casos de faltas éticas, como cuando se da de alta a un enfermo independientemente de su situación clínica cuando se le agotan los recursos económicos, o cuando se promueve el concepto de “productividad”. El médico mejor considerado en el grupo es aquel que utiliza más los recursos instalados, ya sean estudios clínicos, de gabinete o internamientos. Esto puede lesionar el principio de justicia y en ocasiones el de no maleficencia. Existen comités de ética, pero no necesariamente funcionan. Se relata el caso de un cirujano plástico en uno de estos grandes centros, que se ofreció a resolver un caso con urgencia, no obstante, que el paciente ya tenía tratos con otros médicos, si la familia depositaba una fuerte cantidad en su cuenta bancaria. Conociendo el hecho, el director de ese hospital quiso darlo de baja del grupo, no pudiendo hacerlo, porque la institución consideraba que era “productivo”.  Quizá uno de los problemas éticos mayores en estas latitudes se da cuando especialistas certificados en un área atienden casos de otra área distinta. Esto se da con mayor frecuencia en los internamientos por urgencias y propicia no sólo la invalidez del esfuerzo de certificación, sino cierta ineficiencia al atender casos distintos de su capacidad y propicia el doble cobro, pues con frecuencia acaban teniendo que llamar al especialista capaz ante el caso.  Finalmente, un país puede tener organizada una medicina ética o no. Cuando Flexner a principios de siglo pasado logró a través de su estudio que se cerraran las escuelas de medicina que no cumplían con las condiciones necesarias para funcionar con calidad dio un paso muy importante a la formación ética de médicos con los conocimientos y las destrezas necesarias para un ejercicio médico de calidad, obligación ética indispensable, antes que otras. En nuestro medio aún esperamos un movimiento como el de Flexner que limite las escuelas de medicina a las que aseguren nivel. Este es un problema ético de la medicina en México.  Mientras el país invierta menos del 3% del PIB en los servicios de salud, todas las promociones de su capacidad de resolver la atención de la salud de los habitantes en México serán insuficientes. La salud en México no se resuelve con spots en televisión. Hay países de América Latina que invierten más del 6% de su PIB en esta tarea. En nuestro medio se maneja con maña el que se invierte cerca del 6% incluyendo en esas cuentas la inversión de organismos privados, cuando en realidad la inversión pública en salud es sólo el 45% del total (23).  En los servicios de salud dependientes del Estado muy poco se invierte en investigación. En la mayoría de los hospitales se reduce ésta a investigación de productos farmacéuticos promovida por esta industria, lo que da por resultado que los hospitales después se conviertan en propagandistas de esos productos.  Quizá la falta ética más grave del sistema estatal de salud es la permisividad que se da para que innumerables insumos para la salud se promuevan a través de medios masivos de comunicación, principalmente, medicamentos. El daño que se hace a la población puede ser incalculable. Este es un mal que se ha extendido en todo el mundo. Sin embargo, en nuestro medio llega a tener dimensiones grotescas debido a que carecemos de reglamentos que eviten asuntos tan lamentables como la propaganda de insumos para la salud por televisión.  La nueva medicina con los muy grandes adelantos en el conocimiento y en los maravillosos avances de la tecnología médica, pueden servir al ser humano mejor que nunca. Las condiciones de esta nueva medicina obliga a reflexionar en que condiciones esto puede lograrse para cumplir mejor con los postulados que hoy se aceptan que constituyen la ética médica actual: Beneficencia, pensar que toda acción sólo debe ser para el beneficio del enfermo. No maleficencia, evitar cualquier acción que redunde en daño, injusticia o peligro para el paciente. Respeto a la autonomía, es decir, actuar con decisiones compartidas y evitar la actitud paternalista o con suficiencia que deja a un lado la opinión del enfermo. Y finalmente, lograr que todas las acciones se inscriban en la justicia de la administración igualitaria de los recursos médicos actuales para todos los enfermos independientemente de su capacidad económica.  Bibliografía.   1. **Veatch RM.** Medical Ethics Second Edition. *Jones and Bartlett Publishers*, 1997. 2. **Sánchez TH.** Temas de ética médica. *INET COLOMBIANA S. A.* 1998. [consultada en 2007] http://encolombia.com/etica-medica-capitulo-II.htm 3. **Thompson IE.** Fundamental Ethical Principles in Health Care. *Brt. Med J.* 1987;295(5). 4. **Porrier HLE.** El Médico de Córdoba. *Círculo de Lectores, S. A.* Barcelona 1991. 5. **Mainetti JA.** Ética Médica. Introducción histórica. *La Plata, Quirón,* 1989. [consultada en 2007] http://www.elabe.bioetica.org/32.htm 6. **Zweig S.** La Curación por el Espíritu. *Ed. Acantilado*, Barcelona 2006. 7. **Flexner A.** Medical Education in the United Status and Canada. *The Carnegie Foundation*, 1919, Boston Mass., USA. 8. **Rivero SO.** En Ética en el Ejercicio de la Medicina. *Ed Panamericana*, Fac Med UNAM, México 2006. 9. **Kuthy J. y Cols.** Introducción a la Bioética. *U. Anahuac-Acad Nac Med.* 1997, México. 10. **Rivero SO.** Ética o Bioética. En Ética en el Ejercicio de la Medicina. *Ed. Panamericana, Fac Med. UNAM*, México 2006. 11. **McMichael DJ.** Planetary Overload. *University Press. Cambridge,* England 1993. 12. **Beauchamps TL, Childress JF.** Principles of Biomedical Ethics. *Oxford University Press*, 1994. 13. **Lundberg GD.** Severed Trust. Why American Medicine Hasn’t Been Fixed. *Basic Books*, New York, USA 2000. 14. **Guarner V.** Las Operaciones Innecesarias en el Ejercicio de la Cirugía. En Ética del Ejercicio de la Medicina. *Ed. Panamericana Fac Med UNAM*, México, 2000. 15. **Stokes SL, Wu AW, Pronovost PJ.** Ethical and Practical Aspects of Disclosing Adverse Events in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2006;24(3). 16. **Mosenthal A.** Palliative Care in the Surgical ICU. *Surgical Clinics of North America* 2005;85(2). 17. **Porter T, Johnson P, Warren NA.** Bioethical issues concerning death; death, dying, and end-of-life rights. *Crit Care Nurs* Q 2005;28(1):85-92. 18. **Emanuel EJ, Brett AS.** Sounding Board. Managed Competition and The Patient-Physician Relationship. *The new England journal of medicine* 1993;329(12):879-882. 19. **Emanuel EJ, Neveloff DN.** Preserving the Physician-Patient. Relationship in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995;273(4):323-329. 20. **Ashar BH, Miller RG, Getz KJ, Powe NR.** Prevalence and determinants of physician participation in conducting pharmaceutical-sponsored clinical trials and lectures. *J Gen Intern Med* 2004;19(11):1140-5. 21. **Minnigan H, Chisholm CD.** Conflict of Interest in the Physician Interface with the Biomedical Industry. *Emergency Medicine Clinics of North America*;24(3).2006. 22. **Rivero SO, Tanimoto M, Paredes R.** Los Médicos Especialistas y el Problema de Honorarios y Seguros Médicos. *Gac Med Mex* 2003:139 (3):291-293. 23. Health Policy in Mexico. *OCDE*, September 2006. |
|  |