

Ética en la medicina actual

Octavio Rivero-Serrano e Irene Durante-Montiel

Miembros del Seminario “El Ejercicio Actual de la Medicina”, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F, México

RESUMEN

El ejercicio de la medicina se ha regido tradicionalmente por los principios de la ética médica y los aspectos científicos que la definen. Sin embargo, la medicina actual se ve fuertemente influida por aspectos de otra índole como el interés económico, el encarnizamiento terapéutico, la medicina defensiva, la cirugía innecesaria, los conflictos de interés, las alteraciones en la aplicación del consentimiento informado, la relación con la industria farmacéutica, el respeto a la confidencialidad, la ética organizacional, y el ejercicio ético que escapa a la voluntad del profesional médico.

Palabras clave:

Moral, ética médica, medicina defensiva, conflictos de interés, consentimiento informado, ética organizacional

SUMMARY

Medical practice has been traditionally ruled by the principles of medical ethics and the scientific aspects that define it. However, today's medical practice is largely influenced by other aspects such as: economic interests, abuse of therapeutics, defensive medicine, unnecessary surgeries and conflicts of interests without excluding alterations in the application of the informed consent, the relation with the pharmaceutical industry, respect of confidentiality, organizational ethics, and the ethical practice that escapes the will of the medical professional.

Key words:

Moral, medical ethics, defensive medicine, conflicts of interest, informed consent, organizational ethics

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 conceptuales o derivados del ejercicio mismo de la medicina. Además, las circunstancias en que se ejerce la medicina han hecho que las cuestiones legales del ejercicio de la misma ocupen la atención, ya sea por reglas o preceptos diseñados por los responsables de la medicina a nivel nacional o por organismos no gubernamentales como sociedades médicas o consejos.¹

Entre los principios del ejercicio ético del médico más conocidos se encuentra el *Juramento hipocrático*, que forma parte del *Corpus hippocraticum* difundido alrededor del 400 a. C., aunque se supone muy anterior y se tienen dudas de que haya sido realmente dictado por Hipócrates.² Como quiera, ha sido el más conocido de los preceptos inculcados a los médicos por las escuelas y las asociaciones. Algunos autores consideran que en su mayoría no se ha cumplido fielmente con él. Es evidente que el desarrollo de la medicina lo hace obsoleto. Si bien algunos de sus preceptos pueden considerarse válidos, como evitar daños al enfermo, concepto que ha evolucionado al *primum non nocere*, aparecido

en el siglo XVIII, o el de no maleficencia, una de las bases de la ética médica contemporánea, otros no pueden aceptarse en el ejercicio actual.³⁻⁶

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 referente inmediato las leyes de España; el *Discourse on the duties of a physician* de Samuel Bard, quien vivió en Inglaterra de 1742 a 1821; y el escrito similar de su coterráneo y contemporáneo John Gregory.⁷

Sin embargo, el más importante es el *Percival's medical ethics*, diseñado 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 reglamentación o aval.⁸ El documento fue tan importante que sirvió como antecedente al código publicado años después por la Asociación Médica Americana en 1847. En esos años, en Estados Unidos de Norteamérica se abusó a tal punto de la libertad para el ejercicio de la medicina, que Mary Baker, una dama cincuentona, iletrada, con múltiples tropiezos en su vida personal, inició un movimiento médico que preconizaba la curación por la fe,

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Octavio Rivero-Serrano. Facultad de Medicina, Edificio de Investigación, 5º piso, Circuito Interior, Ciudad Universitaria, Del. Coyoacán, 04510 México D.F., México. Tels.: (55) 5616 1209, 5623 2118 y 5623 2189. Fax.: 5550 1782.

que se convirtió en la *Christian Science*.⁹ Ante estas libertades no es de extrañar la importancia del mencionado código de la Asociación Médica Americana y los posteriores esfuerzos que, fundamentados en el informe de Abraham Flexner, se hicieron para regular los estudios de medicina; el resultado fue el cierre de la mayoría de las escuelas de medicina que para entonces funcionaban en ese país sin sustento académico.¹⁰

Aspectos conceptuales

En las últimas décadas son numerosos los artículos publicados sobre ética de la medicina, y que en ocasiones hacen alusión indistintamente a la moral médica o la ética. Por ello conviene hacer una distinción entre estos dos conceptos. No es solo un prurito de lenguaje. Ética y moral son dos conceptos distintos: 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. El precepto moral deriva de la disposición de una sociedad y con frecuencia es una doctrina emanada de normas religiosas, de dogmas que un individuo tiene el derecho de aceptar; constituye una decisión heterónoma. El carácter ético impone una conducta resultante de una reflexión personal, de la libertad de decidir que tiene el hombre desde su creación. El hombre tiene capacidad de pensar, reflexionar y atreverse a tomar decisiones propias; de tener una decisión "autónoma".¹¹

Esta distinción es importante. Al examinar la bibliografía se pueden encontrar artículos que hablan de ética médica católica o ética médica judía; son artículos de moral católica o moral judía. La diferencia entre ética y moral se da en la práctica diaria. Veamos un ejemplo: de acuerdo a la moral católica (que en todos sus preceptos alguien tiene todo el derecho de aceptar), el único método de control de la fertilidad es el método del ritmo, sin embargo, con base en una decisión ética, en las últimas décadas muchas familias católicas en México y la propia Secretaría de Salud adoptaron métodos diversos para el control de la natalidad.

En el futuro, aspectos relacionados con la investigación de células embrionarias, su obtención y conservación, la fecundación asistida, la eutanasia y la medicina genómica, como el resultado de una medicina predictiva, tendrán que ser considerados bajo estas dos determinaciones: la imposición de una decisión derivada de una moral o la ética individual.

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,¹² han aparecido numerosos escritos sobre el tema, se han formado asociaciones con ese nombre y en Norteamérica dos grandes instituciones son el foco de la bioética mundial: el Centro Hastings y el Instituto Kennedy. En estos dos sitios, la investigación y los documentos publicados versan principalmente en torno a 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 las células embrionarias. Por ello, algunos consideran que han "medicalizado" la bioética.¹³ En cierta forma esto último es cierto, porque el

concepto original de bioética abarca otros aspectos aparte de los relacionados con la medicina. La significación original de Potter se refiere a todos los sistemas vivos y su relación entre sí: el humano, el animal y el vegetal. La bioética incluye 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 sobre población y su origen en la "capacidad de carga" de una sociedad,^{14,15} y muchos más en que las ciencias sociales y humanas confluyen con ciencias duras. Comprende ámbitos de estas últimas, pero en forma muy importante incluye otros del campo de las humanidades.

Así como se ha medicalizado la bioética, ha habido una tendencia de pensadores católicos a eclesializarla. La Iglesia católica y sus observantes tienen todo el derecho de mencionar y cumplir con las reglas, los preceptos y los dogmas de esta religión en relación con la medicina; pero esto es moral católica no ética.

En el presente, la mayoría coincide en que un ejercicio médico ético se da cuando se cumplen cuatro principios fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía del paciente y justicia en el suministro de la medicina. Algunos autores consideran que de estos principios fundamentales hay otros secundarios como el consentimiento informado y la confidencialidad.⁶ Juzgado a la luz de estos principios, de cualquier acto médico se puede decir si es ético o no. Adelante veremos cómo en la medicina actual el cumplimiento de estos principios no depende solo del profesional de esta rama del conocimiento.

La organización de la medicina ha cambiado y no está solo en manos de médicos, de tal forma que se ve la necesidad de una ética organizacional. La Academia de Medicina de Nueva York publicó recientemente un estudio en el que se señalaba un índice elevado de mortalidad por errores médicos; hacía notar que más que errores de los médicos eran errores ocasionados por el sistema de atención de la medicina.¹⁶

En la ética médica actual, o si se le quiere llamar "bioética medicalizada", es importante señalar que lograr un ejercicio ético no depende solo 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 analizar aspectos éticos de la medicina, como los conceptuales mencionados y otros del mismo orden: 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 temas relacionados con la muerte asistida; el aborto en las diferentes situaciones en que éste se puede dar; y el trasplante en diversas magnitudes.

Aspectos propios de la acción del médico ante el paciente

Éste es el segmento sobre el que más nos importa reflexionar y en el cual extenderemos este análisis.

Certificación del ejercicio

Para ejercer con ética la medicina, el médico debe tener los conocimientos y destrezas necesarios, ya que su principal e inicial obligación ética es estar preparado. Al respecto, la Academia Nacional de Medicina inició en la década de los setenta del siglo pasado el proceso de certificación de conocimientos y destrezas del médico especialista juzgados 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. 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 recurra a tiempo al tratamiento con el especialista si es que el padecimiento lo amerita. El déficit de conocimientos y destrezas afecta el principio de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia.

Interés económico

El ejercicio del médico puede no ser ético si el interés de su trabajo es distinto a solo la beneficencia del enfermo, como cuando la principal preocupación 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, 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 atiende a un enfermo internado con un padecimiento del área B. Lo envía para su tratamiento a un especialista del área B, pero continúa visitándolo en su cuarto con periodicidad. Al alta, el enfermo se enfrenta a dos cuentas de honorarios, cuando solo debió haber enfrentado la del especialista B quien resolvió el problema. El médico A explica que el paciente "es su enfermo". Lo anterior constituye una agresión al principio de justicia.

Consentimiento informado

En ocasiones se violenta la autonomía del enfermo cuando la obtención del consentimiento informado se limita a que el paciente llene un formato a su ingreso al hospital, autorizando las maniobras de diagnóstico y tratamiento necesarios; el procedimiento se devalúa a un mero trámite administrativo.

Cirugía innecesaria

En cirugía hay dos condiciones francamente no éticas: las intervenciones quirúrgicas innecesarias, que están bien documentadas en la bibliografía médica,¹⁷ y el "cirujano

fantasma", cuando un médico actúa como si él fuera quien realizó una operación que otro cirujano experimentado efectuó en realidad. No se da esta situación si el médico que atendió al enfermo inicialmente explica a la familia que él va actuar como ayudante de un cirujano más experto a quien recurrirá para resolver el caso. De forma ética, los honorarios deben ser de nivel de cirujano para quien interviene y de ayudante para el que actúa así, aunque el último sea el que originalmente atendió al enfermo.

Confidencialidad

En la actualidad es evidente que hay que tener cuidado en cumplir con el principio de justicia manteniendo la confidencialidad en relación con la enfermedad del paciente. En ocasiones esto no es sencillo. Con frecuencia la familia de una persona con cáncer pide no hacer del conocimiento del paciente su mal para no deprimirlo; el médico debe valorar con cuidado cumplir con esta petición, de acuerdo con el juicio que haga de la capacidad del paciente para enfrentar la realidad. Cumplir con justicia puede consistir en dar el paciente la oportunidad de llevar a cabo las acciones propias de quien sabe que va a dejar de vivir en un plazo relativamente corto. En otras situaciones, la naturaleza de la enfermedad obliga al paciente a prevenir a la familia sobre el tipo de dolencia que lo aqueja; ahora se da en casos del sida, cuando hace unas décadas era un problema en pacientes con tuberculosis pulmonar en fase de contagio, para evitar la transmisión a los familiares.

Medicina defensiva

Un mal de nuestro tiempo es la llamada "medicina defensiva". Atenta contra la justicia porque hace gastar al paciente en exámenes y estudios de gabinete innecesarios, y contra la no maleficencia porque en ocasiones se somete al enfermo a estudios que conllevan riesgo. Se da como una respuesta al miedo del médico de ser demandado si el diagnóstico fue incompleto o equivocado. Puede ser originada por la escasa confianza del paciente en el médico, quien le fue impuesto por alguno de los mecanismos de la medicina administrada; o por la expresión de la ignorancia del médico ante un enfermo. Esto último se da en salas de urgencias donde la atención es proporcionada por jóvenes inexpertos, y ante la falta de un diagnóstico obtenido por maniobras de clínica clásica se solicita todo tipo de análisis y estudios de gabinete para orientar el diagnóstico, cuando éstos solo deben ser utilizados para corroborar o rectificar la presunción clínica.¹⁸

Encarnizamiento terapéutico

El encarnizamiento terapéutico es el uso de recursos extraordinarios en pacientes con un padecimiento terminal en el que solo hay que evitar síntomas como el dolor o la asfixia. La actitud del médico en salas de urgencia requiere una comunicación pronta con los familiares del paciente para conocer si la voluntad del paciente respecto a tener o no medidas extraordinarias ha quedado consignada por escrito.

Ésta es la situación menos conflictiva. En estos casos, el médico tratante debe manejarse con cautela y discreción, pues en ocasiones hay contradicción por parte de distintos familiares acerca de la conducta a seguir.^{19,20}

Conflictos de interés

Un problema ético bien documentado en la bibliografía estadounidense es el del médico como doble fiduciario.^{21,22} El médico en relación con el principio de beneficencia debe ser solo fiduciario del paciente. Se da un conflicto de interés cuando el médico no solo está 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 que son empleados de servicios médicos como el proporcionado a personal bancario, en donde para seguir las políticas de la institución que los emplea restringen el uso de recursos diagnósticos o terapéuticos. En consorcios médicos privados otra forma de esta doble responsabilidad se da cuando los médicos tratantes utilizan más recursos de diagnóstico y tratamiento o mayor frecuencia de internamientos para hacerse del prestigio de ser "productivos" según los criterios empresariales.

La relación con la industria farmacéutica

Finalmente, una cuestión que ha llenado muchas páginas de revistas médicas: la relación de los médicos con la industria farmacéutica. Desde los minisobornos como los llaveritos, las plumas, pisapapeles, libretitas, que el visitador médico entrega a los médicos promoviendo un nuevo producto farmacéutico, hasta los maxisobornos 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.^{23,24} Se ha demostrado que los laboratorios logran así que el médico, aun el de nivel académico, recete un nuevo medicamento de precio mucho mayor que otro anterior, con la idea de que va a ser más útil cuando en realidad tiene el mismo efecto. En lugar de asistir a las sesiones académicas de los congresos, los médicos visitan las carpas de los laboratorios, donde con regalos como camisetas, discos y otros objetos les promueven la receta de 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 una compañía farmacéutica desea promover. Sería indispensable reglamentar la presencia de la industria farmacéutica en las diversas actividades académicas, trátese de congresos, sesiones de sociedades científicas o programas de educación médica continua, para evitar que resulten en eventos de propaganda farmacéutica.

El ejercicio ético que escapa a la voluntad del médico

Si el fin único de la medicina debe ser solo el beneficio del enfermo y la medicina debe ser justa para todos, es poco

ético el mecanismo de selección negativa de pacientes por las compañías 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.

Tampoco es de equidad la cantidad de argucias que las aseguradoras emplean para diferir el pago de gastos médicos que en forma legítima reclaman los asegurados, ni son éticos los bajos pagos que realizan a los médicos. Hace años publicamos una encuesta entre médicos especialistas certificados quienes contestaron señalando los bajos honorarios pagados por las compañías de seguros y las dificultades para el cobro de los mismos.²⁵ 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 al grupo seleccionado por la aseguradora, profesionales que por necesidad han aceptado bajos honorarios.

Ética organizacional

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 gran variedad de oportunidades de acceso, suficiencia o insuficiencia de recursos; en la mayoría existe 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 de ética organizacional.

En los centros médicos privados, la selección se da por la capacidad económica del enfermo, que no es responsabilidad de estos consorcios pero es una falta ética del sistema de atención a la salud del país. Sin embargo, hay falta ética cuando se egresa a un enfermo independiente de su situación clínica porque se le han agotado 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 el de no maleficencia. Existen comités de ética, pero no necesariamente funcionan. Se relata el caso de un cirujano plástico en uno de estos centros, quien 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. El director de ese hospital quiso darlo de baja no pudiendo hacerlo porque la institución consideraba que era "productivo".

Quizás uno de los problemas éticos mayores en estas latitudes se origina cuando especialistas certificados en un área atienden casos de otra. Esto se da con mayor frecuencia en los internamientos por urgencias y propicia no solo la invalidez del esfuerzo de certificación, sino cierta inefficiencia al atender y propicia el doble cobro, pues con frecuencia se acaba acudiendo al especialista respectivo.

Problemas éticos de la medicina en México

Finalmente, un país puede tener organizada una medicina ética o no. Cuando a principios del siglo pasado Flexner 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 profesional 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 académico. Este es un problema ético de la medicina en México.

Mientras el país invierta menos de 3% del producto interno bruto en servicios de salud, todas las promociones de su capacidad para resolver la atención de la salud de la población serán insuficientes. La salud en México no se soluciona con spots en televisión. Hay países de América Latina que invierten más de 6% en esta tarea. En México se señala que se invierte cerca de 6%, pero se incluye la inversión de organismos privados cuando en realidad la inversión pública en salud representa solo 45% del total.²⁶

En los servicios de salud dependientes del Estado muy poco se invierte en investigación. En la mayoría de los hospitales, ésta se reduce a investigación de productos farmacéuticos promovida por dicha industria, lo que tiene por resultado que los hospitales se conviertan en propagandistas de esas mercancías.

Quizá la falta ética más grave del sistema estatal de salud es la permisividad para que innumerables insumos para la salud, principalmente medicamentos, se promuevan a través de medios masivos de comunicación como la televisión. El daño a la población puede ser incalculable. Éste es un mal que se ha extendido en todo el mundo, sin embargo, en nuestro medio llega a dimensiones grotescas debido a que carecemos de reglamentos al respecto.

La nueva medicina con los maravillosos adelantos en el conocimiento y en la tecnología médica, puede servir al ser humano mejor que nunca. Las condiciones que enfrenta obliga a reflexionar en qué circunstancias puede lograrse esto para cumplir mejor con los postulados que constituyen la ética médica actual: beneficencia, pensar que toda acción solo 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, 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 para todos los enfermos, independientemente de su capacidad económica.

Referencias

1. Veatch RM. Medical ethics. Second Edition. USA. Jones and Bartlett Publishers; 1997.
2. Thompson IE. Fundamental ethical principles in health care. BMJ 1987;295(6611):1461-1465.
3. O'Leary MR. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Lexicon dictionary of health care terms, organizations, and acronyms for the era of Reform. Illinois: JCAHO, 1994.
4. Cantero M. *Primum non nocere*. España: Ediciones Libertarias Prodhufi; 2006.
5. Smith CM. Origin and uses of *primum non nocere* – Above all, do no harm! J Clin Pharmacol 2005;45:371-377.
6. Beauchamps TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. USA: Oxford University Press; 1994.
7. Mainetti JA. Ética médica. Introducción histórica. La Plata: Quirón; 1989. Disponible en <http://www.elabe.bioetica.org/32.htm>
8. Jonsen AR. A short history of medical ethics. New York: Oxford University Press; 2000.
9. Zweig S. La curación por el espíritu. Barcelona: Acatilado; 2006.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. Boston, Mass: The Carnegie Foundation; 1919.
11. Rivero WP. Apología de la inmoraldad. En: Ética en el ejercicio de la medicina. México: Panamericana/UNAM; 2006. pp. 1-12.
12. Engelhardt HT. The foundations of bioethics. Second edition. New York: Oxford University Press; 1996.
13. Sánchez TH. Temas de ética médica. Santa Fe de Bogotá: INET Colombiana; 1998. Disponible en <http://encolombia.com/etica-medica-capitulo-II.htm>
14. Rivero OS. Ética o bioética. En: Ética en el ejercicio de la medicina. México: Panamericana/UNAM; 2006. pp.13-21.
15. Mc Michael DJ. Planetary overload. Cambridge, England: University Press; 1993.
16. Lundberg GD. Severed trust. Why American medicine hasn't been fixed. New York: Basic Books; 2000.
17. Guarner V. Las operaciones innecesarias en el ejercicio de la cirugía. En: Ética del ejercicio de la medicina. México: Panamericana/UNAM; 2000. pp. 163-170.
18. Stokes SL, Wu AW, Pronovost PJ. Ethical and practical aspects of disclosing adverse events in the Emergency Department. Emerg Med Clin N Am 2006;24(3):703-714.
19. Mosenthal A. Palliative care in the surgical ICU. Surg Clin N Am 2005;85:303-313.
20. Porter T, Johnson P, Warren NA. Bioethical issues concerning death; death and dying, and end-of-life rights. Crit Care Nurs Q 2005;28:85-92.
21. Emanuel EJ, Brett AS. Sounding board. Managed competition and the patient-physician relationship. N Engl J Med 1993;329:879-882.
22. Emanuel EJ, Neveloff DN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. JAMA 1995;273:323-329.
23. 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;19:1140-1145.
24. Minnigan H, Chisholm D. Conflict of interest in the physician interface with the biomedical industry. Emerg Med Clin N Am 2006;24:671-685.
25. Rivero SO, Tanimoto M, Paredes R. Los médicos especialistas y el problema de honorarios y seguros médicos. Gac Med Mex 2003;139:291-293.
26. Health policy in Mexico. OCDE; 2006.