

**Bioética en la práctica profesional. La segunda opinión médica**

Ramos-Zúñiga Rodrigo,\* Trejo Gallegos Sandra A,\*\* Lara Reynoso Laura\*\*\*

**RESUMEN**

**Introducción:** La mayor accesibilidad a la información de carácter médico en distintos medios de comunicación, aunado a la acertada apertura al modelo de co-responsabilidad en la relación médico-paciente y el mismo ejercicio de sus derechos, han propuesto nuevos planteamientos y dilemas en el manejo de la información técnica. **Desarrollo:** Se ha fundamentado como un sano ejercicio la segunda opinión profesional, dentro de las prerrogativas del paciente en la práctica clínica, en muchos casos en los que se considera necesaria la segunda opinión profesional para la toma de decisiones diagnósticas o terapéuticas. El contenido y la forma como se transmite esta información tienen relevancia desde el punto de vista bioético y se encuentra también sujeta a lineamientos normativos, legales y de respeto profesional. No sólo se sustenta en la necesidad de hacer prevalecer la búsqueda de la mejor alternativa para el paciente y su calidad de vida; sino también por la necesidad de hacerlo de una forma tal, que cumpla los criterios bioéticos universales, dentro de un plano de respeto y elemental cortesía profesional. **Conclusiones:** La segunda opinión médica es un ejercicio que contribuye a la calidad de la atención médica. Ésta debe hacerse siempre atendiendo a los lineamientos bioéticos y de respeto profesional.

**Palabras clave:** ética, bioética, salud, educación médica, interconsulta médica, conflictos de interés.

**Bioethics in professional practice. The second medical opinion****ABSTRACT**

**Introduction:** The greater access to medical information in the different means of communication and a new appropriate model of shared responsibility in the physician-patient relationship, as well as patients' awareness of their own rights, have led to new proposals and dilemmas in the management of technical information. **Discussion:** A second professional opinion has become a healthy practice among many patients who consider it necessary for the decision making process concerning diagnosis and treatment. The content and way in which this information is shared is relevant from the bioethical viewpoint, and it is also under certain legal rules, guidelines and professional respect. This is not only based on the need to always look for the best alternative for the patients and their quality of life, but also on the need to follow universal bioethical criteria, with respect and professional courtesy. **Conclusion:** The second medical opinion is a fundamental practice and a contribution to the quality of health services. The way in which this information is shared is relevant from the universal bioethical criteria, inside a plane of respect and elementary professional courtesy.

**Key words:** Ethics, bioethics, healthcare, medical education, medical consultation, disclosure.

**INTRODUCCIÓN**

Cada vez es más frecuente en la práctica clínica, que los pacientes reciban información más diversa sobre diferentes tópicos en la salud. Desde propuestas de carácter preventivo, noticias sobre avances de investigación, hasta el acceso a la revisión profunda de patologías y síndromes específicos, antes dedicadas solamente a personal profesional. Muchos de ellos llegan a solicitar la atención médica, con una amplia información recabada previamente, con referencia a su padecimiento. Es decir, cada vez tenemos pacientes más informados, lo cual debe ser visto como una enorme contribución al esquema de educación para la salud, consentimientos informados y co-responsabilidad en el manejo de la relación médico-paciente.<sup>1-4</sup>

Sin embargo, también es frecuente que muchas veces este acceso a información pueda tener tendencias y sesgos,

especialmente cuando son emitidas como puntos de vista personales y orientados por opiniones particulares respetables, pero que no cuentan con los criterios de una opinión de consenso para ser considerada con un nivel adecuado de evidencia y recomendación científica documentada. En otros términos metodológicos, resultan ser reportes anecdóticos pero no derivados de un estudio idóneo, multicéntrico, doble ciego, aleatorio y libre de conflictos de interés.

En otros casos, se trata de información que puede estar sesgada por estrategias de mercadotecnia que merecen ser evaluadas de una forma crítica y respetuosa, pero con las limitaciones dadas por su carácter proyectivo.

Es en este punto donde adicionalmente el profesional debe tener clara su relación con empresas e instituciones y establecer criterios en su práctica profesional, libres de conflictos de interés al momento de emitir una recomendación médica específica.<sup>5-10</sup>

\* Depto. de Neurociencias. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jal.

\*\* Depto. de Anestesiología. Hospital VGF, ISSSTE. Guadalajara. Jal.

\*\*\* Depto. de Enfermería. HGZ 89, IMSS. Guadalajara, Jal.

## LA OPINIÓN MÉDICA PROFESIONAL

En todos los casos el profesional tiene la responsabilidad de analizar la información que el paciente le provee y orientarle de acuerdo a su formación científica y experiencia, sobre la veracidad de estos datos y particularmente en lo referente a la potencial aplicación concreta en su padecimiento.<sup>11,12</sup>

Por todo ello, se ha considerado que en muchos casos el paciente acude con el facultativo con ciertas nociones de información que requiere verificar en un contexto personal específico. De hecho, esto ya puede constituir *per se* una segunda opinión, es decir, la primera consulta puede ser en realidad un referente alternativo a la información previamente recabada por el paciente o la familia.

Existe también la condición tal vez más frecuente y más típica, en la que el paciente acude con un profesional y recibe un planteamiento diagnóstico o terapéutico determinado. Con esta referencia, el paciente busca y decide tener una segunda opinión profesional, en lo que ahora denominamos las consultas por pares o semejantes profesionales. Es en ella donde intervienen una serie de factores tanto de carácter estrictamente informativo, como aquellos derivados de la relación médico-paciente; elementos que pueden variar de acuerdo a cómo se ha dado esta relación en términos de la interacción humana en la comunicación o por la claridad con la que se proporciona la información. Esta condición ha sido tal y se ha dado eventualmente de una forma tan anárquica, que ha surgido la necesidad de clarificarla y definirla como una entidad propia para fines éticos y legales. Esto, particularmente es relevante, cuando la necesidad de opiniones médicas alternativas surgen a raíz de un sentido de insatisfacción por parte de los usuarios de un servicio de salud, bien sea por la forma en la que se ha proporcionado la información en términos de empatía, o bien, por dudas concretas acerca del contenido de la misma. De acuerdo con algunos criterios como el de la Organización de Colegios Médicos de España, se considera la segunda opinión médica como una segunda consulta, mediante la cual se obtiene la opinión de un segundo médico, sobre un problema diagnóstico o terapéutico, que había sido previamente presentado a la atención de otro facultativo. Éste es un recurso directamente relacionado con la mayor disposición de información, la vigencia de los derechos del paciente y de lo que también se ha denominado la democratización de la relación clínica o mejor descrita en Latinoamérica como la sustitución de los modelos paternalistas en la relación médico-paciente, por el modelo de co-responsabilidad.<sup>13,14</sup>

Si bien resulta claro ahora que en los derechos universales del paciente figura ya con claridad “*el facilitar las*



**Figura 1.** Primera edición identificada de la traducción de los documentos de Hipócrates, del griego al latín, por Marco Fabio Calvo, médico del Papa Clemente VII. Citado en: Flamm E. *From Skulls to Brains*; 2008. The American Association of Neurological Surgeons. The New York Academy of Medicine.

*condiciones para que el paciente tenga acceso a una segunda opinión*”, la forma en que ésta se realiza no se encuentra del todo establecida y sigue siendo motivo de fricciones en muchos casos.

Si partimos del juramento hipocrático (Figura 1), presente y vigente, –aun antes de la aparición de la bioética como tal, propuesta por Potter hace ya más de 30 años–, ya se hacía referencia en uno de sus enunciados a un punto fundamental: “*Aplicaré mis prescripciones para el bien de los enfermos, según mis posibilidades y mi criterio, y nunca para agravar o perjudicar a nadie*”. Esta consideración también es válida para aplicarse también a las relaciones profesionales con otros colegas, cuando surja una condición de esta naturaleza.<sup>15,16</sup>

La Asociación Médica Americana establece en su Artículo 8, la necesidad del médico de buscar asesoría en casos complejos o cuando su condición requiera de manejo multidisciplinario, para mejorar la calidad de su aten-

ción. A su vez, el Código de Ética de la misma asociación establece en el Artículo IV, que: “*El médico debe respetar los derechos del paciente y de otros profesionales de la salud, salvaguardando la confidencialidad del caso*”.

Adicionalmente, los derechos del médico también deben considerarse como viables para una de las partes en este proceso de interacción, es por ello que existe un rubro de condiciones derivadas de su relación profesional en donde se destaca la necesidad de contar con respeto en la relación médico-paciente, dignidad de acuerdo a su profesión y reciprocidad en el trato humanitario, de solidaridad y de justicia.<sup>17,18</sup>

La segunda opinión médica tiene algunas características a puntualizar:

- Puede ser gestada por iniciativa del médico, del propio paciente o de terceros.
- Suele tener por objeto aclarar dudas sobre el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación propuestas, buscando su confirmación o la búsqueda de otras alternativas.
- Puede implicar reacciones subjetivas, que potencialmente pueden tomar un curso diferente si el manejo de la información no resulta apropiada y se dan fallas en la comunicación. Por ello debe atender y privilegiar a los motivos médico-científicos y no a aspectos triviales derivados de la relación médico-paciente.
- Puede ser a manera de una consulta de forma presencial, o limitarse a la opinión sobre un resultado o examen de forma directa o virtual (interconsultas vía Internet), en el caso de profesionales. Siempre y cuando cubra todos los lineamientos de formalidad para una interconsulta médica.
- No puede considerarse una segunda opinión médica, la que promovida por el médico, el paciente o terceros, se sustenta en la conversación informal, con información parcial y sin referencia específica de los datos personales de un paciente y su caso particular.

Es necesario que el profesional en consecuencia reconozca que esta acción, aún sea sólo una opinión informal, tiene una serie de implicaciones en la práctica profesional que merecen ser tomadas en cuenta por su trascendencia y deben considerarse todas sus vertientes antes de ser emitida.

Algunos intentos para normar la conducta profesional en la cual se incluyan los aspectos de emisión de información profesional han sido propuestos desde los códigos deontológicos básicos y los de la ética más elemental. Estos han sido secundados posteriormente por la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Derechos de los pacientes y no menos importante los Derechos de

los médicos. La misma Comisión Nacional de Bioética, a la par de la Secretaría de Salud, hizo lo propio al determinar algunos de los principios y normas de conducta en el personal de atención en salud.<sup>19</sup>

Dicho tratado, integrado de forma multidisciplinaria, multi-institucional y considerando las opiniones y propuestas por la sociedad civil, ha permitido lograr un consenso resumido de muchos códigos deontológicos referente al comportamiento bioético en el personal de la salud y orientado a las condiciones de la medicina mexicana y su contexto sociocultural.

En consecuencia y para el caso de establecer criterios normativos ideales en el caso de la solicitud y proceso de la segunda opinión médica, es conveniente rescatar algunos de los principios establecidos en este código de conducta.

Fundamenta su propuesta al definir que el comportamiento ideal de los profesionales de la salud debe seguir sustentado en las normas morales y de trato social que han caracterizado a esta profesión, humanista por naturaleza. A su vez ha hecho públicos a través de distintos medios estos criterios de manera que la sociedad en general tenga conocimiento y cuenten con un referente a los criterios de conducta que contribuirán a mejorar la calidad de la atención médica. Para ello se basa en los principios elementales de la práctica médica en el perfil vigente de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía, equidad, justicia y respeto a la dignidad humana.

Los referentes aplicables a la conducta de las partes en el caso de una segunda opinión profesional, son los derivados de los estándares del trato profesional, como se refieren a los siguientes artículos que cito textualmente:

- **Artículo 2.** Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente auxiliares de diagnóstico y tratamiento, descontando de su práctica aquellos cuya utilidad sea debatible o ponga en riesgo innecesario al paciente.
- **Artículo 8.** Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando los procedimientos, operaciones o tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados.
- **Artículo 9.** Informará al paciente, a sus familiares o a quien tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la calidad humana.
- **Artículo 10.** El personal de salud debe tomar en cuenta la dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente, cuidando de no explotar esta situación. Además deberá ser explícito en dar la información veraz y completa al paciente acerca del procedimiento diagnóstico, te-

rapéutico o de rehabilitación que de acuerdo a la ciencia es lo mejor que se le puede ofrecer.

- **Artículo 11.** Del mismo modo, deberá facilitar a solicitud de los pacientes, o de su tutor, la obtención de segundas opiniones, según el caso.
- **Artículo 22.** A petición del paciente, su representante legal o de una autoridad judicial entregará un resumen clínico del caso, cuando le sea requerido.
- **Artículo 32.** Se enfatizará que el médico es un profesional de la ciencia y conciencia, que no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente, ya que al igual que éste, es una persona libre y responsable con un singular acervo de valores que norma su vida.

De los derivados del trato social:

- **Artículo 4.** Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer la aceptación gradual de noticias desfavorables.

De los estándares de conducta laboral:

- **Artículo 2.** La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora.

En función a estos criterios se hacen las siguientes recomendaciones a las partes involucradas en una segunda opinión profesional, con sustento en los criterios bioéticos y deontológicos actuales y aplicables a toda práctica profesional:

1. Toda opinión médica requiere para fundamentarse, de tener acceso a la información del caso de una forma apropiada en tiempo y forma. No resulta conveniente emitir opiniones informales que posteriormente puedan considerarse como una opinión profesional.
2. Es importante centrarse en análisis del caso de acuerdo a las estrategias del método clínico y de acuerdo a la experiencia del profesional, independientemente de que se trate de una segunda o tercera opinión.
3. Resulta fundamental aclarar que las propuestas a considerarse en el caso, obedecen estrictamente a la búsqueda de las mejores alternativas para un paciente en particular y su padecimiento, teniendo en cuenta las condiciones únicas del paciente y su contexto.
4. Es conveniente comentar solamente información que haya sido validada científicamente y no aquella que se sustenta en experiencias anecdóticas. Las condiciones y temas controversiales, o aún no bien definidas categóricamente como estrategia diagnóstica, terapéutica o de rehabilitación, deben discutirse en foros científicos *ex profeso* y no ante los pacientes y sus familias.
5. Hacerle saber al paciente que las diferencias de opinión, son un ejercicio que es parte de la diversidad de acciones, propuestas y experiencias en casos médicos específicos. Éstas no representan de modo alguno una negación, limitación o contraindicación a otras propuestas de carácter profesional.
6. Una opinión profesional, no debe sustentarse en la descalificación de otras opiniones o alternativas propuestas al paciente.
7. Se tratará siempre de emitir una opinión profesional sobre las consideraciones hechas desde el punto de vista clínico de un caso en particular; nunca la opinión sobre la persona o los actos de otros profesionales.
8. Procure abstenerse de emitir juicios de valor o dichos no documentados.
9. No resulta conveniente y puede confundir al paciente el utilizar términos como: *debieron*, *hubieran hecho*, *no hicieron lo apropiado*, etc. Nadie puede ni debe emitir juicios de un acto médico en donde no estuvo y no conoció las variables intervinientes del momento.
10. Concrétese al análisis y propuestas sobre la situación presente y futura. La especulación retrospectiva no beneficia a nadie.
11. Haga saber al paciente la relación riesgo beneficio de las alternativas propuestas.
12. Confiera al paciente la responsabilidad inherente a su decisión, en el marco de la co-responsabilidad profesional.
13. Muchas de las discrepancias que originan demandas de carácter legal por mala práctica, fueron sustentadas en la opinión desafortunada de otro profesional.
14. Muchas de las condiciones que originaron estas demandas, no eran en realidad faltas, omisiones o acciones negligentes, fueron tan sólo falta de comunicación y pérdida de la empatía en la relación profesional del médico con el paciente. Esta puede ser tomada como tal, ante comentarios subjetivos emitidos bajo un celo profesional infundado.
15. Considere siempre el respeto, equilibrio, mesura y cortesía profesional en los comentarios del caso.
16. Todo caso de una segunda opinión profesional debe mantenerse al margen de la subjetividad, celo profesional, consideraciones de tipo comercial, dicotomías y libre de conflictos de interés.

17. Una segunda opinión profesional también cubre estándares de conducta desde el juramento hipocrático, los principios bioéticos, hasta los códigos deontológicos universales vigentes.<sup>20-31</sup>

## ORIENTACIÓN ACTUAL

Es importante considerar que la segunda opinión médica se encuentra sustentada en el derecho del paciente y debe considerarse como una ventaja y no como una ofensa o pérdida de confianza. Particularmente cuando el médico no ejerce esta condición de forma totalitaria en la modalidad de co-responsabilidad de la relación. Es por ello que incluso en muchas ocasiones esta segunda opinión es promovida por el facultativo. De esta forma los pacientes, cuando fuera el caso, no tendrían la necesidad de promoverla de forma extraoficial o furtiva (hecho que compromete la relación con el médico tratante como con el nuevo consultante); sino que es una condición que fortalecerá la confianza del paciente en su médico.

Un reporte de la Administración de la calidad de la atención médica a nivel institucional, identificó el concepto de atención médica de calidad, como: "*Otorgar atención al usuario con oportunidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, así como las de los prestadores de servicios y de la institución*".<sup>32-37</sup>

Los principios bioéticos aplicados a la práctica profesional médica y quirúrgica, a nivel institucional, también siguen siendo actuales y acordes a los principios generales de la bioética: no hacer daño, equidad, respeto a la autonomía, respeto a la dignidad, confidencialidad, otorgar atención médica de calidad, otorgar docencia, seguir un comportamiento íntegro y honesto, y en relación a la práctica de la segunda opinión e interconsultas profesionales se añade la relevancia de la comunicación efectiva y respetuosa en ambos sentidos, en una relación médico-paciente co-responsable y la no maledicencia. Estas condiciones han sido también consideradas para todo el personal que tiene contacto con el paciente y es parte del equipo multidisciplinario en su atención. Tal es el caso del personal de enfermería, que tiene una mayor interacción con el paciente y la familia, por lo que el concepto de calidad de la atención involucra en esta área profesional, cada vez un mayor énfasis en el trato humano.<sup>38-42</sup>

Este proceso ha alcanzado tales dimensiones, que actualmente en determinadas circunstancias el paciente o la familia decide tomar opiniones a través de otros medios (telemática, Internet) en el plano internacional. De hecho, han surgido propuestas concretas de instituciones de salud, en las que ofrecen oficialmente el servicio de la se-

gunda opinión médica a través de departamentos de servicios a pacientes extranjeros. Esto se ha definido bajo el concepto de la segunda opinión médica internacional. Se presenta como una necesidad, cuando el caso se ha diagnosticado con una entidad clínica poco común, cuando se ha propuesto un tratamiento médico o quirúrgico y el paciente desea conocer otras alternativas, en caso de enfermedades degenerativas o cáncer, para el caso de una cirugía importante, trasplantes o simplemente para la búsqueda de estrategias novedosas para afrontar su padecimiento.

De igual forma, estas instituciones ofrecen el servicio a su médico tratante, respetando la referencia del caso y sin conflictos de interés o dicotomías que contaminen esta relación, que busca la mejor alternativa para un caso clínico en particular.<sup>43-51</sup>

Generalmente se recomienda tener toda la información relevante y pertinente de su caso, contar con la anuencia, consejo e información vertida en un resumen clínico por su médico tratante, todos los exámenes realizados y la información considerada como básica.

En un sentido objetivo estas estrategias permitirán confirmar o modificar el proceso diagnóstico o terapéutico, tener la opinión adicional de un grupo de expertos, evita viajes innecesarios (viajes de esperanza), cuando solamente la respuesta es ofrecer cuidados paliativos y reduce los costos. Pero lo más relevante, es que permite aclarar toda la información de una forma consensuada, objetiva y racional.<sup>52,53</sup>

En un ejemplo citado por el Centro de Interconsultas italiano, que deseaba consultar a expertos franceses, se conformó un convenio concreto de cooperación formal sanitaria entre países de la Unión Europea. Dicho programa recibía 5,000 consultas anuales, 80% era por cáncer, el resto por trasplantes de órganos y cirugía compleja (cirugía, ortopedia y neurocirugía).<sup>54</sup> Este comportamiento ha dado una idea más clara de su utilización y el valor que como tal ha adquirido la segunda opinión médica en el plano internacional.

También ha sido considerado recientemente la corriente denominada profesionalismo médico, estrategia adoptada como tal por algunas sociedades médicas anglosajonas, como un lineamiento conductual.<sup>55</sup> Enfatiza básicamente en la primacía y el respeto del paciente como persona, a la vez que considera estos elementos dentro de su propio contexto social. Es decir, los criterios para identificar un profesional de calidad, no sólo se circunscriben a los referentes de su práctica clínica individual, sino que se relacionan también con el impacto y trascendencia de su compromiso con la sociedad. De esta forma se considera a la relación médico-paciente en este marco de referencia, como una relación privilegiada que

no debe verse sesgada o desvirtuada por conflictos de interés o fallos en la comunicación. Se le da relevancia a los valores éticos del individuo como eje fundamental y a la necesidad de reforzar estos criterios en los programas de entrenamiento profesional.<sup>56-61</sup>

## CONCLUSIONES

1. La segunda opinión médica es una conducta viable, pertinente y parte inherente fundamental de los derechos del paciente.
2. Deben otorgarse todas las facilidades para que ésta proceda, dentro de un marco de referencia científico, bioético y de respeto a todas las partes involucradas.
3. En determinados casos el médico tratante lo promoverá como parte de una búsqueda de eficiencia y calidad en la atención médica propuesta.
4. Deber ser considerada como una estrategia sana en la búsqueda razonada de alternativas científicamente validadas para las propuestas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación de casos específicos.
5. Todos los datos vertidos y generados a partir de una segunda opinión médica, quedan sometidos a la normatividad vigente y a los criterios de la NOM del expediente clínico. Asimismo, deberán atender a los criterios éticos y legales pertinentes.
6. En todo caso deberá procurarse siempre en un ambiente de respeto, de consenso, libre de conflictos de interés y dicotomías y sin repercutir en la calidad de la atención otorgada al paciente.
7. La práctica de la segunda opinión médica revelará de ordinario una concordancia y congruencia entre las propuestas del primer consultor y el segundo. En todo caso las diferencias técnicas, dependerán de la experiencia en particular de quien emita su opinión, sin descalificar otras alternativas validadas para ello. En todo momento debe prevalecer el proceder de acuerdo a las normas éticas vigentes y el respeto. En algunas condiciones podrá ocurrir lo que se ha denominado el desacuerdo educado, en el cual finalmente el paciente optará por la decisión que considere más apropiada para su salud, en función a la información recibida, en entera libertad y responsabilidad.
8. En toda acción médica siempre tiene cabida la cortesía y el respeto profesional.

## REFERENCIAS

1. Abbagnano N. *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
2. *Cartas de Derechos del Paciente*. Bol Ofic Sanit Panam 1990; 108(5-6): 642-4.
3. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Organización de las Naciones Unidas 1948. Bol Ofic Sanit Panam 1990; 108(5-6): 645-8.
4. García D. *Introducción a la Bioética Médica*. Bol Ofic Sanit Panam 1990; 108(5-6): 374-8.
5. García RH. *Los derechos humanos del médico*. Gaceta Méd Méx 1995; 13(2): 245-50.
6. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Ed. AUDE; 1989.
7. Hortelano A. *Moral de Bolsillo*. Salamanca, España: Edit. Sígueme; 1989, p. 127-34.
8. Jinich H. *Ciencia, tecnología y humanismo en medicina*. Gaceta Méd Méx 1978; 114-5.
9. Muñoz de Alba M. *Del Derecho a la Intimidad al conocimiento de la información genética*. Gaceta Méd Méx 1996; 132(2): 231-4.
10. Villalpando GJ. *Ética médica*. Rev Méd IMMS (Méx) 1991; 29(1): 5-11.
11. *Códigos internacionales de Ética*. Bol Ofic Sanit Panam 1990; 108(5-6): 619-24.
12. Instituto Garmsri. *Centro de Bioética. Seminario sobre aspectos bioéticos de la medicina y predicción*. Roma, Italia; 1990.
13. Consejo General de Colegios Médicos (España). *Ética y deontología de la segunda opinión médica*. Madrid; 2005.
14. Heacute PC. *Bioethics of clinicians: Education*. Can Med Assoc J 1997; 156: 225-8.
15. García PE. *El juramento de Hipócrates*. Rev Méd IMSS (Méx) 1986; 24(2): 157-9.
16. Cano Valle F. *Médico Moderno. Edición Especial Día del Médico*. Rev La Bioética 2005.
17. American Medical Association. *Code of Medical Ethics*. 2003.
18. Council on Ethical and Judicial Affairs. *Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations*. Edition of the American Medical Association; 1996, 1997.
19. Secretaría de Salud. *Comisión Nacional de Bioética. Código de conducta para el personal de salud 2002*; Mayo 2002.
20. Hernández Arriaga JL. *Ética en la Investigación Biomédica*. México: Ed. Manual Moderno; 1999.
21. Kraus A, Pérez TR. *Diccionario incompleto de bioética*. 1a Ed. México: Ed. Taurus; 2007.
22. Lifshitz A. *Ciencia, tecnología y humanismo en medicina*. Gaceta Méd Méx 1990; 126(6): 481-6.
23. Mainetti JA. *Ética Médica*. La Plata, Argentina: Edit. Quirón; 1989.
24. Novoa F. *Reflexiones en torno a editorial sobre las tres décadas de bioética*. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2003; 41(2): 145-51.
25. Roldán GJ. *Ética Médica*. 3a Ed. México: Librería Parroquial de Clavería; 1990, Cap. 4, p. 43-54.
26. Rollin B. *Science and Ethics*. Cambridge University Press; 2006.
27. Velasco SM. *Seminario de Salud y Derechos Humanos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México; 1991.
28. Velasco SM. *Responsabilidad científica y bioética del neurocirujano*. Gaceta Méd Méx 1997; 133(3): 213-19.
29. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Instituto De Humanismo en Ciencias de la Salud. 1a Ed. México: Ed. Diana; 1994.
30. Slaby A. *Bioethical concepts of health in medicine*. Rev Sub Lek 1995; 96(3): 195-8.
31. Aguirre-Gas H. *La ética en la calidad de la atención médica*. Cir Ciruj 2002; 70: 50-4.
32. Cordera A, Boenrieth M. *Administración de Sistemas de Salud*. México: Edit. Los Autores; 1983, Tomo 1, p. 52-8.
33. Dudley RA, Luft HS. *Health Policy 2001. Managed care in transition*. N Engl J Med 2001; 344: 1087-91.
34. Frenk MJ, et al. *Presente futuro de la profesión médica*. Gaceta Méd Méx 1992; 128(2): 143-50.
35. Gispert CJ. *Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. 1a Ed. JGH Editores; 2000.
36. Howell JD. *A History of caring in medicine*. In: Cluff LE, Binstock RH (eds.). *The art of caring*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2001.
37. Chacón AL. *Ética y deontología en el ejercicio de la medicina*. La responsabilidad de la enfermera. Rev Enf IMSS 1989; 1(2): 5-8.
38. Gutiérrez-Meléndez L. *El trato humano ¿Incrementa el costo en la calidad de la atención?* Rev Enferm IMSS 2007; 15(3): 121-3.
39. Smeltzer S, Bare B. *Enfermería médico quirúrgica*. 8a Ed. McGraw-Hill Interamericana; 1998.

40. Lifshitz A. La decisión terapéutica. *Rev Méd IMSS (Méx)*, 1995; 33(5): 439-44.
41. Lifshitz A. Los límites de la libertad en las decisiones médicas. *Rev Méd IMSS (Méx)* 1996; 34(6): 433-6.
42. Mutis A. La relación médico-paciente. México: Edit. Instituto Syntex; 1997.
43. Pellegrino ED. Interest, obligation and justice: some notes toward and ethic of managed care (comment). *Rev J Clin Ethics* 1995; 6(4): 312-7.
44. Pellegrino ED. Words can hurt you: Some reflections on the metaphor of managed care. *J Am Board Fam Prac* 1994; 7: 505-10.
45. Peña RGA. La relación médico-paciente a nivel de la medicina institucional. *Rev Méd IMMS (Méx)* 1987; 25(6): 453-6.
46. Rosner F, Berger JT, Kark P. Disclosure and prevention of medical errors. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2089-92.
47. Sepúlveda V. Derechos, deberes y decisiones en el ejercicio médico actual. *Gaceta Méd Méx* 1984; 120: 7-8.
48. Sáinz JJM. La ética y el humanismo en la formación y ejercicio profesional médico. *Rev Méd IMMS (Méx)* 1987; 20-191.
49. Smith DH. Ethics in the doctor-patient relationship. *Rev Crit Care Clin* 1996; 179-97.
50. Somolinos PJ. La interacción medico-paciente. *Gaceta Méd Méx* 1975; 109(6): 427-32.
51. Treviño-García N. Relación médico-paciente. *Gaceta Méd Méx* 1978; 114(5): 235-9.
52. World Federation of Neurosurgical Societies, European Association of Neurosurgical Societies, Comisión Nacional de Bioética. *Orientaciones para una buena práctica neuroquirúrgica*. México; 1999, 15: 34-42.
53. Fernández BMA. Relación Médico Paciente. *Gaceta Sanitaria* 1968; XXII(1/2): 67-71.
54. Matozza F. Segunda opinión médica internacional. Centro italiano de segunda opinión internacional París Francia. Disponible en: [www.enplenitud.com](http://www.enplenitud.com). [Consultado: 30/04/2008].
55. Medical Professionalism Project: ABIM Foundation (Brennan T, Project Chair) *Ann Intern Med* 2002; 136: 234-46.
56. Hope T, Savulesco J, Hendrick J. *Medical ethics and law. The core curriculum*. Churchill Livingstone, Edinburgh; 2003.
57. Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos. *Ley General de Salud*. México: Ed. Delma; 1995, Título III, Cap. I, II, III y IV, p. 15-22.
58. *Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos*. 2a Ed. México: Delma; 1996, p. 1-90.
59. *Ley General de Salud*. Editorial Porrúa; 2001.
60. López de la Peña XA. ¿Existe el derecho a la protección de la salud? *Gaceta Méd Méx* 1996; 132(4): 451-5.
61. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 168-SSA1-1998.



**Correspondencia:** Dr. Med. Rodrigo Ramos-Zúñiga  
Victoria 1531. Col. Lomas Providencia.  
C.P. 44630, Guadalajara, Jal., México.  
Correo electrónico: [rodrigor@cencar.udg.mx](mailto:rodrigor@cencar.udg.mx)