



Revista Colombiana de Obstetricia y  
Ginecología

ISSN: 0034-7434

[rcog@fecolsog.org](mailto:rcog@fecolsog.org)

Federación Colombiana de Asociaciones de  
Obstetricia y Ginecología  
Colombia

Sarmiento R., Andrés

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y PROFESIONALES A LA PRÁCTICA GINECOBSTÉTRICA EN  
COLOMBIA

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 53, núm. 4, 2002, pp. 305-312

Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214304002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

[redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## ASPECTOS ÉTICOS DE LA ESPECIALIDAD

# CONSIDERACIONES ÉTICAS Y PROFESIONALES A LA PRÁCTICA GINECOBSTÉTRICA EN COLOMBIA

**Andrés Sarmiento R., M.D.\***

Recibido: junio 13/2002 – Revisado: julio 23/2002 – Aceptado: agosto 5/2002

*En esta mala hora de la profesión, es conveniente  
y hasta imprescindible que todos leamos, sepamos  
y ejerzamos el profesionalismo médico.*

## ETHICAL AND PROFESSIONAL CONSIDERATIONS IN THE PRACTICE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN COLOMBIA

### INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 15 años la práctica médica ha sufrido una transformación trascendental. Aspectos puntuales como la relación médico-paciente y la remuneración del profesional médico han sido revaluados en forma profunda por terceros con intereses no-médicos. De un sistema de pago individual por servicio, ajeno a control alguno de instituciones o aseguradores, se pasó a un sistema prepagado altamente controlado por éstos. Las aseguradoras, las organizaciones de venta de servicios médicos y las instituciones como nuevos protagonistas en la relación médico-paciente, son verdaderas fuerzas comerciales que actuando en un nuevo escenario de “era corporativa” y bajo la meta de ampliar la cobertura en salud, mantienen al individuo médico bajo la continua amenaza de interferir cada vez más en su ejercicio profesional.

Las organizaciones que actualmente controlan el mercado de la salud en búsqueda de una rentabilidad financiera para sus inversionistas logran su objetivo mediante estrategias como:

1. Limitar el acceso de los pacientes a opciones medicas (los excluyentes listados médicos).
2. Restringir el acceso a ayudas diagnósticas o alternativas terapéuticas.
3. Influir sobre el juicio médico independiente auditando el ejercicio profesional mediante:
  - a. Revisión sistemática de las historias clínicas (dónde quedó el secreto médico?)
  - b. Vigilancia de la adherencia del médico a protocolos de práctica pre-establecidos (las llamadas guías de manejo)
  - c. Implementación en el ámbito institucional del estricto cumplimiento de metas médicas que pretenden beneficios financieros como

\* Jefe del Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción Humana, Fundación Santa Fe de Bogotá.  
Profesor Asistente Medicina Materno-Fetal, Universidad El Bosque. Director Científico OBGYN LTDA, Bogotá.

son: reducción en el número de días de hospitalización, disminución en el número de cesáreas o procedimientos quirúrgicos, limitación en el número de exámenes imagenológicos o restricciones al acceso a ciertos exámenes de laboratorio o procedimientos diagnósticos que eventualmente podrían beneficiar al paciente.

Estas estrategias si bien inicialmente pueden antojarse sanas, pues pretenden una optimización del gasto, infortunadamente muchas veces implican un detrimento en la calidad de la medicina que se practica, y al crear permanentes conflictos de intereses, pueden poner al profesional en una posición ética bien difícil, si éste pretende ejercer una buena medicina.

Las estrategias impuestas por estas organizaciones además ponen en riesgo la justa remuneración y beneficio económico de la práctica médica individual mediante cuestionables sistemas de pago como son la capitación, los descuentos, los pagos diferidos (en ocasiones interpretados como retenciones indefinidas) y finalmente implementando complejos y engorrosos sistemas de facturación que frecuentemente atrasan aun más los pagos (las famosas "glosas"). Lamentablemente estas condiciones laborales no solo son impuestas por estas organizaciones, sino avaladas por las mismas instituciones donde trabaja el profesional de la salud, e irónicamente adelantadas y ejecutadas por personal, médico (!) adscrito al área administrativa.

Esta situación ha puesto al médico ante el dilema de servir dos amos: la organización y el paciente.

Lamentablemente es muy probable que uno de ellos se perjudicará en beneficio del segundo. Por simple sentido común el paciente siempre parece llevarse la peor parte. En este orden de ideas se pone en evidencia que sí existen deficiencias conceptuales en el sistema actual de cuidado médico.

Sin embargo ésta reflexión no pretende agotar al lector abordando el tratinado tema de la conve-

nencia o no de la Ley 100, o criticar a sus exponentes. Mas bien pretende analizar y cuestionar la situación desde la otra orilla, es decir la equivocada posición que nosotros, como individuos y como cuerpo médico, hemos adoptado ante esta inevitable realidad. Profundizaré en la más grave de las consecuencias que la nueva modalidad de ejercicio médico ha traído: la falta al principio de la ética médica, donde por lo menos sobre bases históricas, teóricas, éticas y filosóficas, la prioridad debería ser el beneficio del paciente.

## EL MÉDICO DE HOY EN DÍA

El médico ha abandonado su papel social protagónico e independiente de servicio profesional por convertirse en el cancerbero, en el sujeto útil y de confianza de la organización para que ésta pueda obtener un beneficio económico corporativo, idealmente sin llegar a afectar negativamente la salud del asegurado. A cambio el médico obtiene un pago *por evento* de sus servicios profesionales, en una cuantía no siempre adecuada, determinada unilateralmente por el pagador. A manera de contraprestación la organización le permite hacer parte de un listado médico que de alguna manera garantiza un volumen mínimo de pacientes e implica un supuesto ingreso representativo. No debe olvidarse que la organización, en una ventajosa posición no guarda ninguna responsabilidad contractual con el médico, es ajena a su sistema de pago de seguridad social, y difícilmente asume alguna responsabilidad solidaria en caso de demandas médico-legales.

Esta modalidad laboral si bien pudiera de alguna manera parecer lógica y en algún punto benéfica para las tres partes (organización-médico-paciente), puntualmente va en contra del principio filosófico tradicionalmente reconocido de la ética en el ejercicio médico: la prioridad es el bienestar del paciente. Estudios empíricos han demostrado como en la actualidad las conductas médicas prioritariamente no buscan beneficiar los intereses del paciente; es evidente que existen conflictos de

interés de orden financiero tan reales, que las modifican al acomodo y conveniencia del asegurador. Poner en discrepancia las necesidades del paciente con los intereses financieros de las organizaciones, coloca al médico en medio de un conflicto de intereses que indudablemente trae consigo ingredientes éticos, y aporta una carga adicional de estrés y riesgo médico-legal a su ejercicio cotidiano (servir dos amos, honestamente y en forma eficiente).

En el sistema de salud de los Estados Unidos, la nación más rica del mundo, según datos de 1988 40 millones de personas no tuvieron acceso a los servicios de salud por factor costo. Además otro tanto no logró la cobertura deseada por interpretaciones de los prestadores de servicios a figuras como las pre-existencias o las coberturas parciales.

Sería perfectamente entendible y loable cualquier esfuerzo por modificar, reestructurar y replantear un sistema de cuidado médico pretendiendo ampliar la cobertura, la calidad o la oportunidad en la atención; pero el costo profesional, las responsabilidades éticas, económicas y morales de este ejercicio no deberían ser asumidas casi en su totalidad, y menos de manera individual, por el profesional de la salud.

Más preocupante resulta aún, cómo en forma irónica mientras los centros de formación académica atraviesan por serias dificultades económicas, avanza a pasos agigantados el inexorable camino de la transformación de la medicina *como profesión* hacia la medicina *como negocio*. En medio de esta colisión se encuentra, aún aturdido por las recientes transformaciones, el médico quien en muchos casos ha dejado a un lado el liderazgo social que debería implicar su investidura como profesional de la salud, para sólo pretender *sobrevivir*.

Pero entonces, cómo debe actuar el médico ante esta serie de cambios en la práctica profesional?

Es que acaso aún existen estrategias viables para sobrellevar estos cambios y preservar la medicina *como profesión*?

La respuesta es: sí.

### El oficio médico en el escenario actual

De importancia resulta enfatizar en los valores por los cuales se rigen el mundo de los negocios financieros y aquellos propios de la medicina como profesión. En el primero la prioridad es el dominio del mercado. Según Sullivan, en la ideología del mercado la única obligación moral de un proyecto es “la búsqueda de la utilidad en forma competitiva”.

En medicina los valores son otros. Mientras en el mercado se valoran las utilidades, en medicina se valoran los servicios. Los negocios pertenecen a inversionistas, la medicina a profesionales con altruismo. Los negocios se fijan en metas a corto plazo que se diseñan para brindar a la sociedad lo que se supone necesita; en medicina las metas se fijan a largo plazo de acuerdo a las necesidades reales de la sociedad. Y aquí radica en gran parte el conflicto propuesto por el modelo actual de mercado. Este pretende “**modificar la práctica profesional de una manera que amenaza con hacer desaparecer cualquier distinción entre la profesión y el negocio**”.

El resultado: la actual erosión incuestionable de la identidad profesional y de la moral médica. El modelo no necesita de profesionales disciplinados en su ejercicio, pensantes y cuestionantes. Menos aún de sujetos agremiados en asociaciones científicas o de aquellos comprometidos verdaderamente con los intereses del paciente, que todavía practican bajo los preceptos, responsabilidades y deberes de la tradicional relación médico-paciente y son fieles a sus connotaciones éticas y morales. Por el contrario necesita de tecnólogos de la salud, verdaderos *artesanos* del

oficio a los que se pueda asignar una remuneración (usualmente no muy justa) por su habilidad manual, entrenamiento y horas de servicio.

Acaso no es eso lo que estamos viviendo ya? Es bien evidente que el médico como profesional ha perdido liderato, participación activa y poder decisorio sobre los tópicos que tienen que ver con su profesión. El debate de los temas médicos siempre involucra personajes del mundo político, financiero, económico y de negocios, pero casi nunca médicos (verdaderos, me refiero). Nosotros permanecemos en medio del problema, inmensamente afectados por éste, pero ajenos a las soluciones; nos mostramos perplejos ante lo que sucede pues la discusión fue sacada de nuestro territorio y hemos perdido voz y voto.

Que debemos hacer los médicos? La respuesta parece sencilla, pero implica un compromiso trascendental: actuar con PROFESIONALISMO.

## EL CONCEPTO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO

Según Swick las virtudes del profesionalismo médico incluyen:

- Subordinar los propios intereses a los de otros.
- Adherirse a altos estándares éticos y morales.
- Responder a las necesidades sociales.
- Poseer valores humanísticos.
- Demostrar un compromiso permanente con la excelencia.
- Reflexionar sobre nuestros actos y decisiones.

Difícil misión resultaría en las actuales circunstancias mundiales y de la profesión pretender involucrar en nuestra práctica diaria estas virtudes. Sin embargo, para facilitar el cumplimiento y práctica de éstos preceptos además del convencimiento personal pueden existir algunas estrategias:

1. **Fortalecimiento de sociedades médicas:** el profesionalismo debe aplicarse intrínsecamente a la práctica individual cotidiana pues da

un valor y sentido a nuestras vidas. Sin embargo no debería aplicarse únicamente al individuo; las sociedades científicas y asociaciones profesionales (llámese ACOG, ASBOG, FECOPEN, ABP, etc..) deben fijar sus objetivos en metas no solo académicas, sociales y de protagonismo individual, sino priorizar en verdaderas actividades gremiales y políticas que beneficien a sus asociados y los representen activamente ante las organizaciones que manejan el mercado de la salud.

2. **Docencia y formación profesional:** nuestro papel como educadores es trascendental al enseñar, transmitir y ser ejemplos de “profesionalismo” a los futuros médicos y especialistas. Es responsabilidad del Estado colombiano modular el número de nuevos médicos que salen cada año a competir laboralmente de acuerdo a las necesidades reales del país y de cada especialidad. Esta permanente cosecha de médicos que emergen de las fértiles huertas de un número creciente de universidades de todos los tenores, no se puede negar, es un factor más en contra del adecuado ejercicio médico pues da lugar a la sobreoferta profesional, frecuentemente de dudosa calidad.

3. **Actitud profesional cotidiana:** la medicina es una práctica profesional de carácter humano y *fiduciario* que según Thomas Percival (Reino Unido, 1740-1804) implica cuatro virtudes:

1. *Modestia y humildad.*
2. *Sacrificio.*
3. *Compasión.*
4. *Integridad.*

La práctica real de estas cuatro virtudes implicaría disciplina y responsabilidad en nuestra práctica diaria dando prioridad a los intereses del paciente, aun sobre los nuestros. Enfatiza específicamente el carácter *fiduciario* de la medicina.

Otras virtudes descritas como parte del ego médico y que deberían ser espontáneamente ejercidas por el buen profesional son:

Honestidad	Prudencia
Confidencialidad	Coraje
Colegiabilidad	Caridad
Humildad	Competencia

*Humor:* nunca olvidar reír (aun de nosotros mismos o de nuestra situación, nunca de los pacientes!)

La meta es reivindicar el estatus profesional de la medicina ante la sociedad, poder ejercer dignamente y recobrar la esencia fiduciaria de nuestra actividad laboral. Esta actitud sin duda le daría sentido a nuestra cotidiana actividad, desterraría la apatía médica y llenaría ese “*vacío espiritual profesional*” tan común en el médico colombiano de hoy en día.

La práctica del profesionalismo en la medicina debe hacer parte de nuestra rutina diaria. Lo que pareciera intrínseco y sobre-entendido para nosotros, no lo es para nuestros pacientes. En la decisión por demostrar profesionalismo cotidianamente radica en gran parte nuestra capacidad de “curar pacientes”. La práctica de una verdadera actitud profesional traerá como recompensa el recobrar la mutua confianza entre el médico y el paciente, así como romper con la monotonía de la atención médica como esta planteada hoy en día.

Aceptando que evidentemente existe un contaminante conflicto de intereses en el acto médico que influye sobre la remuneración, la calidad de la medicina y la responsabilidad por el resultado final del paciente, debería ser prudente hacer una reflexión individual y colectiva por parte de nosotros los médicos sobre la presencia o ausencia de éstas virtudes en nuestra práctica cotidiana. No deberíamos comprometernos a trabajar incondicionalmente y sin restricciones en los escenarios hospitalarios de la actualidad; a pesar que hoy en día un gran número de colegas se hayan visto obligados a hacerlo. Es aquí donde cobra gran importancia el papel que pueden jugar las asociaciones médicas y el mismo Estado colombiano, protegiendo y vigilando los esquemas de contratación

de sus afiliados. Estas asociaciones bajo un carácter gremial, y el mismo gobierno tienen un gran compromiso en instaurar normas operativas eficientes para la protección de: (1) el paciente y, (2) el médico.

Para la medicina recobrar el estatus profesional nos permitiría mayor representatividad y poder hablar más fuerte. Pero aquí es bien importante hacer una reflexión trascendental: hablar más fuerte pero *en beneficio del paciente, no en beneficio propio* (!). De otra manera nuestras exigencias carecerán de valor, credibilidad y sentido ante la sociedad. Si la actitud profesional no prevalece y no se ejerce, anteponiéndose los intereses económicos individuales al carácter fiduciario de la medicina, el valor agregado, es decir el cuidado de pacientes se perderá. No nos diferenciaremos de los tecnólogos y estaremos dando pie a que se nos compare con éstas alternativas del mercado de la salud.

## EL CONCEPTO DE LA RESPONSABILIDAD CO-FIDUCIARIA DE LA ORGANIZACIONES

La intención de las organizaciones de salud al crear conflictos de interés en cómo el médico es pagado y de interferir regulando sus patrones de práctica pretende convertir la medicina en una actividad laboral de alta eficiencia económica; pero sin un compromiso prioritario y suficiente con la calidad. En otras palabras las organizaciones pretenden instaurar a través de las instituciones un control de costos que si bien es lógico desde una óptica financiera, implica sin lugar a dudas una influencia no siempre sana sobre el juicio clínico fiduciario.

En todas las teorías éticas cualquier institución, grupo económico o ente que modifique el comportamiento médico fiduciario debe compartir la responsabilidad en forma solidaria por el proceso

y sus resultados. La cantidad de responsabilidad co-fiduciaria en los resultados debe ser directamente proporcional a la cantidad de influencia ejercida. En los Estados Unidos algunas cortes federales ya han iniciado un cambio y han considerado a algunas organizaciones de cuidado médico como co-fiduciarias legales del ejercicio médico en casos de demandas médico-legales.

### **El concepto del médico como un fiduciario moral económicamente disciplinado**

La transformación del sistema de salud de uno pago sin manejo institucional a uno pre-pago prácticamente monopolizado bajo un concepto corporativo, es sin duda un experimento social pobremente controlado. El resultado final si bien es incierto tiene una alta posibilidad de ser calamitoso, implicando la destrucción total de la medicina como profesión fiduciaria. Que los médicos podamos influir sobre el resultado, puede ser aún posible.

Así como el profesional médico debe exigir que las organizaciones y las instituciones sean responsables co-fiduciarios de los resultados finales de la atención de pacientes, a su vez debe comprometerse con las instituciones y las organizaciones en ser un sujeto moralmente responsable desde el punto de vista económico. El individuo debe identificar maneras *éticamente aceptables* de ser fiduciarios económicamente disciplinados. En las actuales circunstancias mundiales ningún ente que preste servicios de salud puede esperar sobrevivir si no aplica un plan austero, serio y disciplinado de control de gastos. Debería ser el reto de toda institución establecer bajo parámetros éticos un sistema de práctica que garantice una disciplina de gasto por parte del médico, pero que a su vez este pueda ejercer una práctica co-fiduciaria compartida. Me duele la decisión del médico que sin ninguna representatividad gremial y desprotegido por el estado se ve obligado por la situación a aceptar sin miramientos las reglas que tenga a bien fijar la organización a través de la institución en que trabaja.

### **Educación médica e investigación**

Las organizaciones que manejan la salud tienen la obligación éticamente ineludible de apoyar la educación médica y la investigación. Estas organizaciones dependen de ingresos que consisten en la venta de conocimientos y habilidades que se han logrado a través de la inversión de la sociedad en capacitar individuos. Si estas organizaciones manejan el mercado globalmente y no se comprometen con esta responsabilidad social, el progreso médico irremediablemente deberá verse comprometido. Si en los últimos veinte años el mercado ha estado dominado por estas organizaciones y aún muchas están en deuda en su aporte al área académica, que sucederá en los años venideros cuando sabemos que el desarrollo de la medicina parece estar íntimamente ligado al desarrollo tecnológico.

Deberían hacer parte de una política pública debidamente reglamentada por el Estado las responsabilidades co-fiduciarias, educativas e investigativas de estas organizaciones corporativas. Sus actividades en el campo de la salud deberían apoyar no solo actividades lucrativas, sino aquellas que sin serlo también son importantes para el desarrollo médico.

### **EL MÉDICO Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA**

El papel creciente que juega la industria farmacéutica en la práctica médica actual es innegable y amerita unas consideraciones finales, pues desafortunadamente también aquí se ha tocado el profesionalismo médico. Tradicionalmente entre el cuerpo médico y los laboratorios ha existido una sana simbiosis donde a cambio de apoyo económico para actividades científicas, el primero facilita al segundo la comercialización de sus productos entre los colegas en las diferentes instituciones o en reuniones académicas.

Sin el apoyo de la industria farmacéutica muchas iniciativas médicas no hubieran podido realizarse. No puede en ningún momento negarse o siquiera subestimar la valiosa y decidida participación de los laboratorios en toda suerte de eventos que tocan la vida médica. Sin embargo esta buena relación, más por complacencia y comodidad nuestra que por culpa de los laboratorios se ha ido pervirtiendo a través de una relación comercial que cada vez aleja mas al médico de su independencia y transparencia científica.

A este respecto son solo dos ejemplos reales de la creación de conflictos de intereses con cuestionamientos éticos:

- En su afán comercial algunas casas farmacéuticas en negociaciones individuales a puerta cerrada comprometen a médicos a la formulación exclusiva de sus productos a través de la contraprestación con prebendas materiales (viajes, congresos pagos, comida...).
- Los laboratorios apoyan decididamente los eventos académicos pero ejercen injerencia sobre el programa científico exigiendo a cambio de su participación económica la promoción de sus productos en dicho programa a través de sus propios conferencistas de bolsillo. Esto sin duda le resta credibilidad al programa científico, así como seriedad al evento y al conferencista, y atenta contra el equilibrio académico y la información objetiva que debería ofrecer un congreso médico.

Soy un convencido de la importancia de la participación de la industria farmacéutica en el quehacer médico cotidiano. Sin embargo todas las iniciativas de apoyo económico al cuerpo médico deberían hacerse a través de las instituciones médicas o de las sociedades científicas. Así se garantiza una ética y transparencia en estas vinculaciones comerciales, se protege la objetividad científica de los eventos académicos y se rompe con la posibilidad de la existencia de conflictos de interés en la formulación de uno u otro

producto. Los comités organizadores de los programas científicos de cualquier evento académico deberían regirse por reglas de juego pre-establecidas por las respectivas sociedades nacionales con los laboratorios, para que éstos se beneficien con su muestra comercial pero sin tener influencia alguna sobre el programa científico.

### Puntos importantes

La medicina ha evolucionado dramáticamente en los últimos años a la realidad actual. Este proceso de transformación es dinámico y no se detendrá. La medicina de hoy en día no es la misma que nos fue enseñada, como tampoco será la misma que se practicará en unos años. Es deber del médico mantener una actitud profesional que garantice la supervivencia de la medicina como actividad fiduciaria; concepto que tiene como prioridad el beneficio del paciente. Actitudes como la negación, la capitulación (entrega laboral sin condicionamientos), el individualismo o la protesta (léase quejadera) *informal a nivel social; inofensiva y continua*, deberían abandonarse.

La respuesta al interrogante acerca de como preservar la medicina como actividad fiduciaria está en actuar con mayor profesionalismo.

El sentido del profesionalismo tal y como lo planteó e interpretó Percival en el siglo XVI sigue vigente y es una necesidad imperiosa en la actividad laboral actual. Sin bien ejercer con profesionalismo puede implicar ciertos sacrificios, sin lugar a dudas le da sentido a la vida profesional, reivindica la profesión ante la sociedad, reestablece la confianza médico-paciente y mediante la gratificación personal rompe con la monotonía y la rutinización del ejercicio médico cotidiano. El profesionalismo llena el vacío espiritual profesional que deja la práctica médica actual comercializada.

La actitud médica, como individuos y como asociaciones parece ser fundamental en el futuro de nuestra profesión.



Las asociaciones que agrupen profesionales médicos deberán asumir un compromiso gremial muy importante. De un inteligente posicionamiento en el escenario económico, político y financiero nacional dependerá la influencia que puedan ejercer en modificar la legislación actual en beneficio de la profesión.

La legislación gubernamental debería evolucionar y obligar a organizaciones e instituciones privadas y oficiales a compartir co-fiduciariamente con el médico el proceso y resultado final de la atención al paciente, en una forma solidaria y proporcional a su injerencia sobre las conductas médicas. Asimismo a vincularse económicamente con iniciativas académicas y científicas que beneficien el desarrollo de la profesión médica.

A su vez el médico debe asumir el compromiso con las organizaciones e instituciones donde trabaja en ser un *profesional fiduciario económicamente disciplinado*.

La vinculación de la industria farmacéutica a la actividad médica es vital pero debe regularse y normatizarse. Los apoyos económicos deberían hacerse a través de instituciones o sociedades científicas para evitar el cuestionamiento ético que implican las negociaciones individuales con médicos en donde a cambio de prebendas se compromete la exclusividad de la formulación de productos. Ese tipo de actitudes médicas no son garantía para el paciente y la sociedad de un ejercicio profesional digno, equilibrado, independiente y transparente.

Si en nuestras solicitudes pretendemos prioritariamente ser interlocutores del beneficio de los pacientes (principio ético básico del ejercicio médico), éstas serán respetables, lograrán trascender a ser escuchadas y eventualmente serán tenidas en cuenta. Si olvidamos el carácter humano de la medicina y trasladamos por completo la discusión al terreno de los negocios, deberemos estar dispuestos a seguir perdiendo la lucha y a presenciar la desaparición en un corto plazo de la medicina como profesión fiduciaria.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pinkerton JV, Finnerty JJ, Lombardo PA, Rorty MV, Chapple H, Boyle RJ. Parental rights at the birth of a near viable infant: conflicting perspectives. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177(2):283-290.
2. Pinkerton JoAnn V, and Finnerty James J. Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(2):289-295
3. Chervenak Frank A, and Laurence B McCullough. The moral foundation of medical leadership: the professional virtues of the physician as fiduciary of the patient. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(5):875-880.
4. Cain Joanna M, Elkins Thomas, and Bernard Paul F. The status of ethics education in obstetrics and gynecology 1994; 83(2):315-320.
5. Drukker Bruce H. Transactions of the twenty-fourth scientific meeting of the society of gynecologists surgeons. *Am J Obstet Gynecol*; 179(6):1400-1404.
6. The American College of Obstetrician and Gynecologist. Informed consent, patient choice, and physician responsibility. Elsevier Science Inc. 1999; p. 142-143.
7. Smith David H. How to be a good doctor in the 1990s: stand and deliver. *Am J Obstet Gynecol*; 170(6):1724-1728.
8. McCullough, Chervenak FA. Ethical challenges in the managed practice of obstetrics and gynecology. Clinical commentary 1999; 93(2):304-307.
9. Finnerty JJ, Pinkerton JA. Ethical issues in managed care for the obstetrician and gynecologist. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(2):308-315.