

El Acto Médico

DR. CIRO MAGUIÑA VARGAS ¹

Tanto el acto médico como la relación médico-paciente se da en un entorno social y económico, por ello, antes de entrar a las definiciones propias, debemos hacer una breve introducción a la situación mundial de la salud.

Hoy, en pleno nuevo siglo XXI, la humanidad enfrenta varios y diversos retos productos de la llamada “modernidad” y la globalización; uno de ellos es algunas inequidades, como lo observado en la situación económica de los habitantes de Noruega que son 40 veces más ricos que los pobladores de Nigeria, África. También, se ha señalado que 31 países tienen el menor desarrollo humano (9% de la población mundial), estos presentan una esperanza de vida promedio de 46 años, lo cual significa 32 años menos de vida que en los países desarrollados.

Otro tema es la falta de justicia y equidad, lo cual ha sido señalado correctamente por el Dr. Raws, quien ha precisado lo siguiente: “Cada persona tiene igual derecho al más amplio esquema de libertades fundamentales que sea compatible con un esquema similar de libertad para todos, que las desigualdades económicas y sociales han de satisfacer dos condiciones: a) tienen que estar asociadas a cargos y posiciones accesibles a todos en condiciones de igualdad de oportunidades, b) tienen que ser para el mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad”.

En este contexto, es que debemos analizar la relación médico-paciente para la cual existen diversas y variadas definiciones, una de ellas la define “como la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad (aguda o crónica). Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud”. Esta relación puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento, pero, para mejores resultados, se requiere de una buena comunicación, ella va a influir de manera positiva o negativa en la búsqueda de una verdadera sintonía. Lo que se constata es que con los avances de la medicina científica, que está más centrada en la enfermedad, en los medios diagnósticos y terapéuticos, se ha deteriorado la distancia del paciente con el médico.

A nivel mundial, la esperanza de vida se ha prolongado en muchos países ricos y en algunos en fase de desarrollo. Así, en el Perú, el 2010, la esperanza de vida llegó, en promedio, a 73 años, lo que ha generado el incremento de enfermedades crónicas tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, enfermedades que requieren de terapias largas prolongadas y muchas veces costosas. Por ello, en las artropatías, el dolor crónico causa dolores continuos o intermitentes, que persisten durante meses e incluso años, que pueden afectar la vida diaria de los pacientes, el personal de salud y la familia. Esto genera, en la relación médico-paciente, un mayor contacto en el tiempo, participación recíproca y lazos de amistad inclusive.

¹ Profesor Principal UPCH, Doctor en Medicina, Médico del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Dpto de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas, Exdecano Nacional del Colegio Médico del Perú.

Acto Médico

La palabra “médico” es de origen sánscrita *meth*, que significa “maldecir”, “conjurar”, “transferir” o “absorber” el mal que sufren otros. Esta palabra, también, ha sido traducida como “exorcizar” o “ahuyentar” a los malos espíritus. Por ello, se le definía al médico como “ser especial que pacta el compromiso de aliviar a otro que sufre, aún a riesgo de hacer suyo el sufrimiento”. Por esta razón, el médico, originalmente, era visto como un dios.

Históricamente, se han señalado algunas cualidades básicas del médico, tales como vocación, capacidad de ayuda, de comprender, entender, tolerar, autocrítica, saber infundir confianza y seguridad, valorar la dignidad humana, además de poseer talento y arte médico. Sin embargo, en nuestra sociedad, se han forjado diversos tipos de médicos, con distintas cualidades que han establecido diversos modelos: el conocido y querido viejo médico de familia (hoy en extinción), el de la comunidad, el particular, el empresario, el del hospital, el del consultorio, entre otros. Cada tipo de médico tiene una personalidad y conducta, las que se forjan permanentemente a lo largo de la vida, siendo el objetivo un médico comprometido con la vida y la salud. La relación médico-paciente siempre ha sido y será subjetiva, los resultados de su interacción dependerán de otros componentes de tipo cultural, económico, técnico, religioso, social, etc.

Hoy en día, los pacientes son más exigentes, están mejor informados, gracias a la modernidad informática, y, además, gozan de leyes de protección, como los derechos que gozan los pacientes. Ello ha permitido que diversos procedimientos médico-quirúrgicos estén mejor garantizados, sea a través de guías, protocolos, y especialmente con la implementación del consentimiento informado. Este consiste “en la explicación a un paciente atento sobre la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente”.

En la relación médico-paciente, se busca que el médico tenga algunas virtudes tales como el respeto a la persona, la privacidad, la confidencialidad, la ecuanimidad, el *confort* al doliente, entre otras. Lamentablemente, en las últimas tres décadas, se ha venido gestando un proceso de deshumanización en la medicina.

Este proceso de deshumanización ha generado en la sociedad la necesidad de ir en búsqueda y rescate de los derechos de las personas y de los pacientes. Así, el Colegio Médico del Perú, haciendo uso del derecho de iniciativa en la formulación de leyes, previsto en el art. 107 de la Constitución Política del Perú a favor de los Colegios Profesionales, aprobó en su Consejo Nacional de los días 5 y 6 de marzo de 2010 el establecimiento del “Día del Paciente” para recordar y celebrar, en forma oficial, cada 13 de agosto el nacimiento del mártir de la medicina peruana, el estudiante Daniel Alcides Carrión, quien representa todo un ejemplo de valor, sacrificio, entrega, dignidad y heroísmo al servicio de la vida y la salud.

En relación al movimiento mundial acerca de los derechos de las personas, el destacado médico peruano Dr. Juan Enrique Mezzich (profesor de Psiquiatría, Mount Sinai School of Medicine, New York University, Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría 2005-2008, Presidente del International Network for Person-Centered Medicine) está contribuyendo con un nuevo impulso. Escribió, en la Revista *Acta Medica Peruana* el 2010, el artículo “Repensando el Centro de la Medicina: De la Enfermedad a la Persona”. En dicho artículo, analiza en forma detallada las razones por las cuales se requiere retomar el tema de la medicina centrada en las personas. La obra se inicia presentando las raíces históricas de esta concepción y describiendo cómo en las civilizaciones orientales y occidentales existían ya concepciones orientadas al enfoque integral de la salud del paciente; además, puntualiza los avances y esfuerzos que se han realizado en estos años. Por ejemplo, cita el famoso libro del médico suizo Paul Tournier, escrito en 1940, titulado *Medicine de la Personne*. También, se refiere a los distintos esfuerzos realizados en Milán, Italia, por el profesor Guiseppe Brera, en 1992, que ha establecido un programa de medicina centrado en la persona. En otro capítulo, el Dr. Mezzich presenta los importantes esfuerzos de la Asociación Médica Mundial y de la Asociación Psiquiátrica Mundial por contribuir a este repensar. Asimismo, detalla las diferentes conferencias internacionales con respecto a este tema, en especial las tres conferencias de Ginebra sobre medicina centrada en la persona, y la participación decisiva de la Red Internacional para la Medicina Centrada en la Persona.

El Dr. Mezzich, en un acápite de su libro, señala que la clínica y la salud pública deben buscar articularse a la ciencia y el humanismo de una manera balanceada. Estos propósitos pueden ser resumidos como promoción de una medicina de la persona (de la totalidad de la salud de la persona, incluyendo la enfermedad y aspectos salutogénicos), para la persona (promoviendo el cumplimiento del proyecto de vida de cada quién), por la persona (con los clínicos responsables y con

altas aspiraciones éticas), y con la persona (trabajando respetuosa, colaborativa y emponderativamente con la persona que consulta). La persona es concebida de una manera contextualizada, en línea con las palabras de Ortega y Gasset: “Yo soy yo y mis circunstancias”.

El gran médico español bioeticista, Diego Gracia, en otra conferencia magistral, dictada en Lima en el 2011, en el Colegio Médico del Perú, señaló que en la relación médico-paciente debemos hablar de un “encuentro clínico o relación clínica”. En esta relación, debe primar, el proceso de deliberación, lo cual significa que el médico, al tratar al paciente, debe analizar y deliberar todos los hechos y valores presentes y, luego, tomar una decisión lo más justa y correcta posible. Esta deliberación tomará en cuenta los diferentes valores del paciente, tanto económicos, religiosos, culturales e interculturales, entre otros.

¿Qué es el acto médico?

Existen numerosas definiciones, tomaremos la siguiente: “Conjunto de acciones que recibe el paciente en los servicios de salud, realizadas por un profesional de la salud con el objeto de recuperar la salud”.

En febrero de 2010, sucedió un hecho lamentable. Un paciente diabético de la tercera edad, con más de 40 años de enfermedad, fue intervenido de emergencia en un Hospital de Seguridad Social (ESSalud) del Callao: se le amputó las dos piernas enfermas. Ello generó una serie de ataques llenos de mentiras y calumnias a la orden médica provenientes, sobre todo de la prensa y algunas autoridades políticas, religiosas y legislativas.

Estos ataques los tuvimos que enfrentar frontalmente para poder llegar a la verdad. Debido a esto, escribimos, posteriormente, en la Editorial de los *Cuadernos de Debate sobre el Acto Médico*, lo siguiente: “De inmediato, un sector de la prensa y algunas autoridades administrativas de la institución en la que acaeció el hecho, señalaron –sin profundizar y en forma tendenciosa– que se había operado una “pierna sana”. Ante lo sucedido, el Colegio Médico, a través del Consejo Regional XVIII–Callao, abrió la correspondiente investigación de oficio, que, lamentablemente, no contó con la colaboración de las autoridades de la institución de Essalud ni de la familia del paciente, quienes se negaron a proporcionar la historia clínica, razón por la que, siguiendo la normatividad que regula el proceso de investigación, el CMP tuvo que archivar el caso”.

Recién, diez meses después, en noviembre de 2010, debido a la valiosa mediación de la Defensoría del Pueblo, el Colegio Médico pudo acceder a dicha historia clínica y reabrir el proceso de investigación. En esta nueva etapa de investigación, se comprobó que ambas

piernas estaban severamente afectadas, particularmente la pierna izquierda. En tal sentido, el Consejo Regional del Callao concluyó que los médicos que amputaron ambas piernas actuaron en forma correcta, tal como consta en la historia clínica del paciente en cuestión.

La situación brevemente descrita llevó al CMP a embarcarse en la importante tarea de analizar, con imparcialidad y profundidad, el curso de los acontecimientos que precedieron y siguieron a la actuación de los profesionales involucrados. En este contexto y con la aprobación del Consejo Nacional, convocamos a un importante grupo de expertos: médicos, abogados y otros profesionales. Se conformó dos comisiones: la primera, bajo la presidencia del Dr. Carlos Bazán Zender, ex Ministro de Salud, que se abocó a analizar el acto médico en todas sus implicancias; la segunda, a cargo del Dr. Amador Vargas Guerra, ex Decano del CMP, que abordó las implicancias de un “SOAT Médico”. Las comisiones elaboraron amplios y bien documentados informes que el Comité Ejecutivo del CMP ha convenido poner a disposición de los señores colegiados y del público en general.

Estos valiosos pronunciamientos son recogidos en la primera parte del segundo número de *Cuadernos de Debate* y han de servir para esclarecer dudas, conjeturas y controversias que el hecho médico aludido desencadenó, así como también sirve para enriquecer el conocimiento de las implicancias del acto médico y sus consecuencias, aproximándonos desde diferentes perspectivas.

En esta publicación, también se encuentra un análisis detallado del mal llamado “SOAT médico”. Luego de explorar las diversas modalidades de seguro de compensación y protección del paciente, recogidas de la experiencia internacional y las propuestas generadas a nivel nacional, se evidenció que muchas de ellas responden a grupos de interés que –por encima del bien social– buscan nuevas oportunidades de rentabilidad económica a costa de la salud de la población peruana.

Las conclusiones de lo actuado demuestran que, en las actuales condiciones del desarrollo del sistema de salud y principalmente de la atención médica en nuestro país, esos seguros no son viables y no solucionan la existencia ni las consecuencias de los eventos adversos derivados de la atención de la salud. En otros términos, se trata de propuestas tendientes a “mercantilizar” los problemas y los eventos indeseables –que lamentablemente surgen durante la atención de salud– para beneficio de las empresas, sin brindar ninguna solución real.

En ese mismo documento, el destacado médico psiquiatra, Dr. Saúl Peña Kolenkautsky escribió: “la identidad del acto médico integra un conocimiento

serio y profundo, compromiso consciente e inconsciente, valores genuinos en la relación médico-paciente, responsabilidad y una actitud preventiva orientada a la persona, al individuo, la familia y la sociedad, considerando los aspectos culturales. Los participantes no pueden desprenderse de su condición individual de existencia.

La especialización en la medicina no hace perder de vista la integridad y complejidad del ser humano, sino más bien, se da por un sentido de realidad y de reconocimiento de las propias limitaciones frente a las diversas patologías. Es importante darse cuenta que en el acto médico están incluidos factores libidinales, así como tanáticos y el reconocimiento que la muerte es un hecho ineludible. Incluye lo corporal, lo anímico, lo afectivo y lo espiritual, siendo la historia clínica (anamnesis) el inicio del conocimiento de factores predisponentes, determinantes y desencadenantes de la enfermedad con una presunción diagnóstica, pronóstica y una conducta a seguir.

Por tanto, debería desarrollarse en un entorno propicio y adecuado, no en condiciones ideales, pero sí suficientemente buenas con instalaciones que reúnan elementos de seguridad. Asimismo, se debería involucrar al personal paramédico al servicio del paciente (enfermeras, asistentes, técnicos, etc.) con su correspondiente responsabilidad. Es indispensable la participación y el consentimiento del paciente en las decisiones sobre su salud para todo procedimiento de naturaleza diagnóstica o terapéutica y recibir del médico tratante la información sobre los riesgos y beneficios que implican estos procedimientos.

Es igualmente importante el sistema y la política de las instituciones médicas, así como el rol de las universidades que tienen como misión formar médicos, dado que la educación insuficiente y de baja calidad es un factor que induce la iatrogenia. El Colegio Médico del Perú debe sustentar el mantenimiento del irrestricto respeto a los derechos fundamentales de la persona humana, sumados a la auditoría médica y fortalecimiento de la ética, garantizando así, la idoneidad de la formación médica y la calidad de la atención de salud.

Asimismo, es relevante y trascendente la aplicación social de la medicina y la política del Estado frente a la atención médica integral (laboratorios médicos, incluidos). El incremento de la pobreza reduce la capacidad de la población de acceder a los servicios médicos, generando grandes desigualdades en la atención de la salud.

El médico debe orientarse a defender el pensamiento, la filosofía y los valores de nuestra actividad. Se debe rescatar el ejercicio digno de la medicina en

el Perú y el valor del acto médico. La modernidad y la alta tecnología incorporada a la medicina significan progreso, que debería prevenir el riesgo de deshumanizarse y desvirtuarse. Existe una diferencia evidente entre la cantidad de médicos que atienden en las grandes ciudades, en relación a los que lo hacen en ciudades del interior del país. Esta distribución centralista e inequitativa merece estudios y realidades efectivas en la reforma tendiente a la equidad. Agradecemos a nuestros pacientes que además de enseñarnos, nos ayudan y nos hacen crecer”.

En otra parte del documento del *Acto Médico*, el Dr. Carlos Bazán Zender, ex Ministro de Salud, escribió: “La relación médico-paciente es la esencia del ejercicio de la medicina, el núcleo central del acto médico y el eje vertebrador de la medicina y se cumple ya sea por decisión voluntaria del paciente, por acción unilateral en los casos de emergencia, por solicitud de terceras personas y por compromiso de atender personas a cargo de entidades públicas o privadas.

Se ha perdido confianza en la relación médico-paciente, la que se recuperará cuando se entienda que la esencia de la medicina no es la tecnología sino el humanismo, que lleva implícitos los principios de beneficencia, la capacidad de dar y el uso diligente de la empatía.

El acto médico inspirado en la ancestral ética hipocrática, se basa en el principio de la libre elección, en la que el paciente abre su corazón, liberando sus penurias físicas y espirituales. Se establece una relación de empatía. El médico, a cambio, entrega al paciente todo su interés, su capacidad, sus conocimientos, el tiempo necesario. Es ésta una relación que se hace con amor. Aquí reside el secreto de nuestra vocación, para hacer un diagnóstico por métodos científicos para tratar de curar, mejorar o aliviar al enfermo.

En la relación médico-paciente, el segundo busca atención para su salud, pero también busca amor, comprensión y esperanza. El médico aporta disposición para ayudar, competencia, claridad científica, destreza, honradez y una recia estructura moral y ética.

La relación médico-paciente, también, es un proceso conjunto de toma de decisiones, a veces algo conflictiva, el enfermo aporta su sistema de valores y el conocimiento de su enfermedad y el médico su propio sistema de valores y su competencia técnica. La resolución de estos conflictos depende de lo acertado del proceso psicológico de toma de decisiones, lo que implica prestar atención a los aspectos psicológicos, sociales y culturales concernientes a la salud, la enfermedad y el tratamiento en cada caso.

El principio de la autonomía, cuya expresión es

el consentimiento informado, hace que la relación médico-paciente sea horizontal con lo que se abandona la relación vertical del pasado, que fue por parte del médico paternalista y autoritaria acercándose a una relación de amistad en el sentido aristotélico clásico como “la relación de dos virtuosos”.

Finalmente, el valor de la justicia, ya que los sectores más pobres con niveles de salud muy bajos son los más afectados en su autonomía. El valor de las necesidades debe rescatar el ejercicio digno de la medicina en el Perú y el valor del acto médico, y encontrar los mecanismos para ser los médicos y no interpósitas personas o grupos, quienes fijemos su valor.

Se debe encontrar los canales de concertación para ser tomados en cuenta en la toma de decisiones por las autoridades en los temas de salud y seguridad social, que nos traiga la tranquilidad social de poder trabajar un modelo que ataque los problemas de fondo que determinan la baja calidad de vida de nuestro pueblo y la prevalencia de enfermedades prevenibles y controlables. No basta con introducir eficiencia en un modelo en crisis. La eficiencia, aislada de otros cambios, solo prolonga la agonía de la insatisfacción.

En un sistema deteriorado, es casi imposible lograr una eficiencia sustentable¹³. No olvidemos, entonces, tender a un modelo económico en salud que procure cumplir con los principios rectores de universalidad, solidaridad, integralidad y sobre todo equidad en un país como el nuestro, en que existen tantas inequidades”.

La responsabilidad frente al acto médico

Va a depender de diversos actores: el paciente, el médico, la institución, la facultad o escuela de medicina. La medicina moderna permite curar muchos males médicos-quirúrgicos y, por ello, han disminuido las complicaciones y la mortalidad de muchas de ellas que antes eran mortales (apendicitis, cesáreas, colecistitis). Sin embargo, estos avances han conllevado a la aparición de los denominados “eventos adversos”, especialmente en el campo de la cirugía.

En áreas rurales, el acto médico muchas veces se hace en condiciones muy difíciles, debido a la escasez o falta de medicamentos, materiales, infraestructura, etc. Allí, los profesionales de la salud hacen muchos actos heroicos, usando taladros, u otros instrumentos mecánicos a fin de salvar la vida de los pacientes.

En el Perú, hasta hace unas dos décadas, existían solo seis facultades de medicina, las que formaban adecuados y buenos médicos, que poseían una formación integral. Sin embargo, desde la década de 1990, que se autorizó la apertura de nuevas instituciones educativas de tipo privadas, se permitió la formación

de nuevas facultades de medicina, que hoy suman 32. Lamentablemente, muchas de esas nuevas facultades realmente no debieron existir, ya que no garantizan una adecuada formación integral, humana y de calidad del futuro galeno. Tampoco cuentan con el campo clínico correspondiente, no tienen docentes capacitados, que desde ya afecta de manera importante el acto médico.

Otro hecho importante a analizar se relaciona a que muchas instituciones del Estado, tratando de ampliar la oferta de atención exigen, por ejemplo, que en una mañana se debe realizar de 20 a 30 consultas, diariamente, lo cual es muy exagerado porque afecta una buena atención al paciente.

Actualmente, el tema de los Recursos Humanos es algo muy grave en el sector salud, el CMP ha estimado que faltan más de 6,000 especialistas en todo el Perú debido a la fuga de talentos. Se estima que cada año migran más de 1000 médicos al extranjero en búsqueda de mejores oportunidades .

A todo esto, se suma que la sociedad exige al profesional de la salud un mayor nivel de atención de los usuarios mejores niveles de acceso: mayor calidad, adecuados costos y una verdadera eficiencia en producción de los servicios.

Por lo vertido, propongo reflexionar profundamente sobre la pérdida acentuada y sostenida de los valores fundamentales de la medicina, lo que afecta de manera importante el acto médico. En tal sentido, debemos retomar los principios de solidaridad, de respeto a la privacidad y a la persona, de entrega, de confianza, de respeto y amor a los pacientes, los que fueron considerados por los fundadores de la medicina universal, tanto oriental como occidental, como su más importante centro de atención, y siempre basados en un enfoque humanista e integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mishriki S.F.;Law D.J.; Jeffrey P.J. Factors affecting the incidence of postoperative wound infection. *J.Hosp.Infect* 1990 Oct.;16(3): 223-230. 423-436.
- Encuesta Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la hospitalización. Ministerios de Sanidad y Consumo, 2006. España . <http://www.seguridad-delpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5>.
- Colegio Médico del Perú, Código de Ética y Deontología. 2007.
- Guevara G Acto Médico: Límites y posibilidades. *Pediátrica* 2002 4:54-62.
- Maul, Sm; Westendorf, W.: Primeras teorías: Médicos

- entre la magia y la razón. Crónicas de la Medicina. 1996 Plaza&Janes Edit.
- Attali, J.: La Orden Canibal: La vida y la muerte de la Medicina. 1979 Editorial Planeta.
- Llanos R.: Bioética y humanismo. 1998 Diagnóstico 1998, 37: 362.
- Maguiña C. Mala práctica: Opinión del Colegio Médico del Perú. Simposio sobre Mala práctica Médica. Academia Nacional de Medicina, Lima, 2010.
- Haro E. Mala práctica: Opinión de la Academia Peruana de Cirugía. Simposio sobre Mala práctica Médica. Academia Nacional de Medicina, Lima, 2010.
- Albújar P. Iatrogenia. Rev Diagnóstico 2004; 43 (5): 229-232.
- Wagner P. Iatrogenia. Editorial. Rev Diagnóstico 2004, 43 (5).
- Diana Furchtgott-Roth. The High Cost of Medical Malpractice (http://www.realclearmarkets.com/articles/2009/08/06/the_high_cost_of_medical_malpractice_97346.html).
- Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA . "Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States". Qual Saf Health Care, 2004, 13 (2): 121-6. doi:10.1136/qshc.2003.008029. PMID 15069219. PMC 1743812. <http://qhc.bmjournals.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=15069219;lay-summary>).
- Garrabe J (2008): Historical views on Psychiatry for the person. Paper presented at the Paris Conference on Person Centered Psychiatry, World Psychiatric Association French Member Societies Association, February 6-8.
- Mezzich JE (2007b): Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism. World Psychiatry 6:1-3.
- Mezzich JE (2009): The Second Geneva Conference on Person centered Medicine. World Medical Journal 55: 100-101.
- Miles A, Loughlin M, Polychronis A (2008): Evidence-based healthcare, clinical knowledge and the rise of personalized medicine. J Eval Clin Pract. 14:621-
- Vargas A.: Reunión de Trabajo Comité Ejecutivo CMP, con Cuerpos Médicos, AMSSOP, ANMMS sobre "Evaluación de Seguro de Responsabilidad Civil. CMP,03- 03-2010.
- Gonzales W.: Deshumanización de la medicina. Almenara 2010, 5:8-10.
- Mendoza A.: Fundamentación de la Enseñanza de la Ética Médica y la Bioética Clínica. Acta Médica Peruana, 2009, 26:131-134.
- Análisis Actual y Prospectivo de la Oferta, Demanda y Necesidad de Médicos en el Perú 2005-2011. 2007, CMP.
- Brennan Ta.; Leape Ll.; Laird Nm.; Hebert L.; Localio Ar.; Lawters Ag.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study. N. Engl. J. Med. 1991, 324(6):370-376.
- BRELET - RUEFF C. El paciente es ante todo una persona; en: Medicina y Sabiduría. El Correo de la UNESCO, Paris, 1998, 8-9.
- GRACIA, D. (1989): Fundamentos de Bioética. Eudema, Madrid.
- GRACIA, D. (1992): "Planteamiento de la bioética", en M. Vidal (editor): Conceptos fundamentales de ética teológica. Trotta, Madrid, pp. 421-438.
- PERALES CABRERA, Alberto. ÉTICA Y HUMANISMO EN LA FORMACIÓN MÉDICA. Acta bioeth. 2008, vol.14, n.1, pp. 30-38.
- Maguiña C. Sobre el Dia del Paciente Acta Med Per. 2010, vol 27(2):79.
- Mezzich Juan Enrique , Repensando el Centro de la Medicina: De La enfermedad a la persona Act Med Per 2010 vol 27 (2): 147-149.
- Cuadernos de Debate N 2, Acto "Medico abril 2011 Fondo editorial CMP.