



ARTÍCULO ESPECIAL

La competencia en bioética: eje fundamental en la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria[☆]



Rosario Pérez-García

Centro de Salud Salou, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

Recibido el 21 de noviembre de 2016; aceptado el 13 de enero de 2017

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2017

PALABRAS CLAVE

Bioética;
Medicina de familia;
Atención primaria;
Formación;
Residentes

KEYWORDS

Bioethics;
Family medicine;
Primary care;
Education;
Residents

Resumen La formación en bioética facilita que las decisiones en la práctica médica diaria sean más fundamentadas y más respetuosas con las distintas opciones y valores de los pacientes. Si bien la especialidad de medicina familiar y comunitaria contempla la formación en bioética como una competencia esencial dentro del currículum formativo, es necesario realizar algunas reflexiones acerca de cómo adquirir dicha competencia a lo largo de la formación del médico residente. En esta capacitación el tutor es un elemento clave para la adquisición de una adecuada competencia ética del médico residente durante su etapa formativa. Esta fundamentación ética es necesaria para la recuperación de la vigencia del acto médico, el fortalecimiento de la relación clínica en su carácter de encuentro interpersonal y el respeto a los derechos de los pacientes.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Competence in bioethics: fundamental focus in the training of Family and Community Medicine Residents

Abstract Bioethics training makes it easier for decisions in daily medical practice to be more informed and more respectful of the different options and values of the patients. Although the specialty of Family and Community Medicine sees bioethics training as an essential competency within the formative curriculum, it needs to be considered how to acquire this competence throughout the training of the resident physician. In this training, the tutor is a key element for the acquisition of an adequate ethical competence of resident doctors during their training

[☆] El presente artículo está elaborado a partir del trabajo de fin de máster de la Universidad de Murcia, presentado al tribunal en julio del 2015, coordinado por el Dr. Modesto Ferrer Colomer y el Dr. Luis Pastor García.

Correo electrónico: rperez.tarte.ics@gencat.cat

period. This ethical basis is necessary for the recovery of the validity of the medical act, strengthening the clinical relationship in the form of an inter-personal encounter and respect for the rights of patients.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La formación en bioética forma parte de la competencia del profesional de la salud; es por este motivo que un objetivo fundamental es proporcionar elementos de juicio y de reflexión a los futuros profesionales para comprender los debates en bioética que se producen en el contexto sanitario y social. Para ello se requieren indicaciones formativas que faciliten acciones (actitudes) para que el médico residente de medicina familiar y comunitaria las lleve a cabo libremente y, de este modo, pueda armonizar los valores del conocimiento técnico-científico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona. Nuestras reflexiones abogan por convertir la competencia en bioética en eje fundamental en la formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria. No es suficiente que sea considerada solo como una competencia esencial, que lo es, sino como el sustrato a partir del cual se tomarán todas las decisiones clínicas que regirán la relación médico-paciente.

La educación ética en la formación médica

El ejercicio de la medicina es dinámico y sigue evolucionando en relación con los cambios sociales, económicos y tecnológicos. La enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la facultad de medicina y termina con el retiro del ejercicio activo. Su objetivo es preparar a los médicos en ejercicio para aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano y en el alivio de los síntomas de las enfermedades actualmente incurables. El objetivo de la educación médica incluye la adquisición de la reflexión crítica y los valores éticos que van a guiar al médico en su praxis asistencial, proporcionando una atención médica de alta calidad.

Eckles et al.¹ realizaron una revisión bibliográfica cuyo objetivo principal era proporcionar una revisión completa de los artículos sobre educación ética para los estudiantes de medicina. La revisión, que abarcaba los artículos desde 1978 a 2004, reveló que existen profundas carencias en la literatura sobre educación ética médica. Del estudio se desprende que existen 2 puntos de vista con relación al objetivo de la enseñanza ética en medicina: que es un medio para crear médicos virtuosos y que es un medio para proporcionar a los médicos un conjunto de habilidades para analizar y resolver los dilemas éticos en la práctica asistencial. En opinión de los autores esta dicotomía hace difícil llegar a un consenso con respecto a los objetivos de la educación ética médica.

Recientemente, en la misma línea argumental, Wintrup² propone que la educación ética de los médicos en formación debe ir encaminada a la formación como agentes morales;

es decir, al tratar de restituir la salud a un paciente deberán comportarse, primariamente, como un agente moral, y todas las decisiones que deberán tomar en el ejercicio de su profesión tendrán, indudablemente, un trasfondo ético.

Experiencia internacional de los programas formativos en bioética de educación médica para residentes de medicina de familia

En un reciente estudio³ realizado en EE. UU. se evaluaron 445 programas formativos de educación médica para residentes de medicina de familia. Se encontró una gran variabilidad en los contenidos formativos, destacando la falta de concreción en el temario del currículo formativo, la ausencia de un referente que coordinase la enseñanza ética en el programa de residencia y la falta de evaluación formal de las competencias de ética de los residentes. De ahí que la Academia Americana de Médicos de Familia haya elaborado unas directrices curriculares sobre competencias en ética que van dirigidas a los residentes de medicina de familia⁴. Estas competencias son fundamentales para el ejercicio de la medicina familiar y deben alcanzarse a través de una experiencia longitudinal que debe evaluar el consejo de acreditación para educación médica graduada.

En Canadá se ha publicado la guía *Ethics in Family Medicine*⁵ elaborada por el Comité Ético del Colegio de Médicos de Familia de Canadá, destinada a los médicos de familia y residentes. La publicación de esta guía surge por la falta de disponibilidad de expertos en ética, especialmente en unidades docentes rurales. En segundo lugar pretende suprimir las dificultades que se asocian con la enseñanza de la ética, ofreciendo herramientas prácticas y un enfoque estructurado. En tercer lugar ayuda a reforzar el mensaje dirigido a los residentes de que la ética es parte integral de la práctica habitual de la medicina clínica. Del mismo modo, el Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido subraya que los propios valores, actitudes y sentimientos del médico de familia están relacionados con la forma en que se ejerce el acto médico. En la etapa formativa del médico residente debe aprender a reconocer sus propios valores, creencias, debilidades y fortalezas, para fomentar un enfoque reflexivo sobre qué tipo de actitudes se van construyendo en relación con la comunicación con el paciente (tabla 1).

Se puede establecer algunas diferencias en los contenidos curriculares de las guías, así en el Reino Unido se aboga por reconocer cuáles son los propios valores del médico para poder reconocer y comprender los valores del paciente. Señalando que cada acto médico tiene una fundamentación ética. En cuanto a la guía canadiense, enfatiza más la virtud del médico, haciendo hincapié en características necesarias para una buena relación médico-paciente, entre

Tabla 1 Objetivos de la educación en ética médica en Reino Unido y Canadá

Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido	Colegio de Médicos de Familia de Canadá
Reconocer la dimensión ética de cada acto médico	La enseñanza de comportamientos que reflejan los valores y las actitudes para la práctica asistencial de un buen médico de familia, haciendo hincapié en la empatía, la compasión, el cuidado y la reflexión crítica
Comprender la naturaleza y el impacto de los valores éticos en la atención médica, incluyendo los propios valores personales del médico	La enseñanza de habilidades analíticas de manera sistemática e integral adecuada para la identificación y resolución de los problemas éticos inherentes a la medicina familiar
Mostrar habilidades de razonamiento ético para elegir un curso de acción o resolver conflicto de valores	La enseñanza de una base de conocimiento de la bioética y la deontológica propios de la medicina familiar
Conocimiento de las normas éticas profesionales y el marco jurídico dentro del cual deben realizarse decisiones de atención médica	La enseñanza de destrezas de comunicación interpersonal, promover una relación médico-paciente efectiva que facilite la resolución de conflictos
Mostrar el conocimiento, habilidades y actitudes para la comunicación efectiva en la obtención y comprensión de los valores de los pacientes, negociando un plan de acción aceptable y justificando ese curso de acción	

las que destacan: la empatía, la compasión y el cuidado al paciente. Ambas guías tienen en común que se debe tener conocimientos sobre una metodología de deliberación ética, que ayude a identificar los problemas éticos que surgen en la práctica diaria, poder analizarlos y resolverlos teniendo en cuenta el marco deontológico y jurídico de cada país. Debemos señalar que ambas guías coinciden en la necesaria adquisición de habilidades de comunicación que debe tener el médico de familia a la hora de establecer una relación médico-paciente efectiva.

Características de la propuesta formativa en bioética para médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en España

Desde 1978 se han desarrollado 3 programas oficiales de la especialidad. El 3 de mayo de 2005 se publicó el nuevo programa de la especialidad en el Boletín Oficial del Estado y los residentes iniciaron su formación de 4 años, en vez de 3, como años anteriores⁶. En el nuevo programa se incluyen áreas competenciales que antes no existían, entre las que se encuentra la competencia en bioética. Finalmente, en el Boletín Oficial del Estado del 6 de agosto de 2014, Real Decreto del 25 de julio, aparecen los últimos cambios, que consisten en la creación de unidades docentes de atención familiar y comunitaria, por el que se regula la troncalidad⁷. De este modo, los centros de salud docentes formarán especialistas en medicina familiar y comunitaria, especialistas en enfermería familiar y comunitaria, y además especialistas del tronco médico en su periodo de formación troncal, y también deberán promover estancias formativas de otros especialistas en formación no incluidos en el tronco médico.

Dentro del programa de Medicina Familiar y Comunitaria existen 5 áreas competenciales donde la bioética se contempla dentro del área de competencias esenciales, junto con la comunicación asistencial, el razonamiento clínico y la gestión de la atención. Siguiendo el actual esquema del programa de bioética (tabla 2), en cada área se definen los objetivos y las actividades a realizar para la adquisición de estas competencias. Las actividades docentes se agrupan según la prioridad y el nivel de responsabilidad.

En este programa se señala que los médicos tienen unos valores que definen sus compromisos profesionales con la sociedad; el aprendizaje y la interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad profesional. Se pueden agrupar los valores del médico de familia en 6 compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad y con la ética. Según este planteamiento cada compromiso tiene el mismo valor; es decir, no se da una gradación de compromisos en función de su importancia.

El médico de familia como agente moral

Ante la propuesta de formar a médicos de familia como agentes morales es necesario redefinir un nuevo marco conceptual donde el compromiso ético configura los demás compromisos y, además, es el que aporta el carácter propio y singular del médico en su práctica asistencial médica. Entendemos que no es posible un compromiso con las personas, con la sociedad, con la propia especialidad, con la formación y la mejora continua si estos compromisos no están fundamentados en la ética. Ello es debido a que el compromiso ético y los valores profesionales se retroalimentan mutuamente, de tal modo que el compromiso ético es el eje vertebrador del ser y hacer. Por tanto, se puede inferir que dada la importancia de la relación intrínseca entre acto médico y ética, esta debería ser el eje donde se articulara toda la formación médica (competencia clínica, investigadora y docente) del residente de familia. Dicho con la expresión acuñada por Herranz⁸: el médico debe poseer la visión binocular donde el cuidado al enfermo se sustenta en una adecuada atención científica y técnica con la dimensión del respeto a la persona.

En el terreno de la bioética no sirven las imposiciones, sino las predisposiciones. Transmitir y formar en valores es el reto más importante que debiera tener cualquier profesional sanitario. Llegar a lo íntimo de la formación moral del estudiante y poder ayudarle a incorporar y mejorar los valores éticos que ya tienen y los que va a ir adquiriendo a lo largo de su carrera constituye uno de los grandes objetivos formativos. Pero conocerlos no implica,

Tabla 2 Competencia en bioética dentro del programa formativo de MFYC

Actividades docentes agrupadas por prioridad	Nivel de responsabilidad
Conocimientos, actitudes y habilidades	
<i>Prioridad I</i>	Primario
Detectar situaciones de conflicto ético Conocer los principios básicos de la bioética Contrastar el hecho a considerar con los principios básicos Valorar posibles excepciones a los principios básicos Evaluar las circunstancias y consecuencias de cada hecho a considerar para establecer los posibles cursos de acción Conocer y aplicar los siguientes conceptos: confidencialidad, secreto profesional, consentimiento informado, capacidad del paciente para tomar decisiones, deber de no abandono, uso racional de recursos, trabajo en equipo Manejar éticamente los siguientes procesos: el consentimiento informado como proceso de toma de decisiones en la clínica. Gestión de la incapacidad temporal Relaciones interprofesionales intranivel. Relaciones con la industria farmacéutica. Las actividades preventivas Registrar en la historia clínica los aspectos éticos	
<i>Prioridad II</i>	Primario
Conocer las disposiciones jurídicas y deontológicas que condicionan las decisiones en la clínica Mantener adecuadamente una metodología racional y crítica de análisis de problemas Manejar éticamente los siguientes procesos: evaluación de la capacidad de un paciente mayor de edad y de uno menor de edad, adecuación a cada paciente y situación del esfuerzo terapéutico, relaciones interprofesionales interniveles, el paciente difícil, dar malas noticias, anticoncepción poscoital, aborto	Primario/secundario
Presentar un caso conflictivo a todo el equipo de atención primaria para deliberarlo conjuntamente, o al comité de ética del área u hospital	Secundario

necesariamente, que se adopten e incorporen a la práctica asistencial⁹.

Además, es necesario reflexionar acerca del tipo de valores que deben transmitirse y por qué se priorizan unos por encima de los otros¹⁰. Por un lado se habla de los valores instrumentales, como son la capacidad de diálogo, la participación activa, la capacidad de tomar decisiones autónomas, etc., pero no son suficientes; también debemos promover valores fundamentales como la formación de la inteligencia, de la voluntad y de los valores éticos para la construcción de ese médico con una visión integral de la medicina.

La competencia profesional, el estudio y la actualización permanente del médico que exige la actividad profesional son un deber moral fuerte, deontológico y normativo, que integra el núcleo mismo del concepto del «bien del enfermo». Es el primer modo de «querer siempre el mejor bien del enfermo». Un modo de querer que asienta sobre la eficiencia y la eficacia pero que, transformado en convicción moral y en hábito de reciclaje permanente, constituye la virtud de la benevolencia en el ámbito de sanar. Por lo tanto, competencia profesional y virtud son inseparables en la profesión médica. Pellegrino¹¹ sostiene que las virtudes éticas son un componente esencial en cualquier teoría completa de la vida moral. No pueden valerse por sí mismas, pero son un complemento imprescindible de cualquier teoría moral. De ahí que surja la necesidad de plantearse el retorno a la virtud.

La virtud, como rasgo del carácter que predispone a la persona a la excelencia en su actividad profesional supone,

en el contexto médico, el cultivo de actitudes y hábitos que conduzcan a la curación del paciente, a restablecer la salud del paciente. Las virtudes nos hacen personas buenas y nos capacitan para trabajar bien. La virtud es la ética en «acción» que intenta forjar, labrar, un determinado sujeto¹¹.

No se trata de considerarla la única base de la filosofía moral, sino como un elemento esencial de cualquier teoría ética relacionada, por un lado, con los principios y los deberes y, por otro, con la motivación para un comportamiento moral. El establecimiento de estas conexiones entre virtud, principios, conocimiento de lo correcto y lo bueno y la motivación para hacer lo correcto y lo bueno es una tarea central de la filosofía moral contemporánea. Podemos afirmar que con las distintas virtudes morales vamos perfeccionando nuestra naturaleza de tal manera que nos capacitamos para actuar más y mejor. Siguiendo el pensamiento de Victoria Camps, la ética más adecuada para abordar los problemas clínicos no es ni la ética de principios ni la casuística, sino «la ética de las virtudes»¹².

La relación tutor-residente: elemento clave en la formación bioética

Si el tutor es un elemento clave para la adquisición de competencias clínicas, mucho más importante es su papel en la adquisición de una adecuada competencia ética. Por eso es necesario desarrollar un soporte ético-filosófico capaz

de dar respuestas razonadas al «porqué» de sus acciones. Esta fundamentación es necesaria para la recuperación de la vigencia del acto médico, el fortalecimiento de la relación clínica en su carácter de encuentro interpersonal y el respeto a los derechos de los pacientes. En este sentido, Tauber¹³ afirma con rotundidad que la medicina es en su esencia un asunto de ética. En su opinión, la ética no es una asignatura o competencia más de un programa formativo, sino que constituye la naturaleza misma del ejercicio médico, y los fines de la medicina como profesión deberían ser definidos desde el punto de vista ético.

La ética médica no es, simplemente, un conjunto de normas destinadas a proteger a los pacientes, sino que constituye un enfoque filosófico que ha de regir la relación médico-paciente, donde la interacción entre el médico y el paciente, que es la base del «arte» de curar en todas las culturas, responde a un mandato moral. Desde este posicionamiento, la relación médico-paciente no debería descansar en el aumento progresivo del conocimiento científico y en el incremento de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, sino que, ante todo, se debería fundamentar en la ética. Así se aseguraría un genuino cuidado de la persona enferma. Por ello se ha repetido muchas veces, que no basta ser técnicamente competente para ejercer la medicina, sino que el médico debe poseer, necesariamente, características morales imprescindibles para el ejercicio idóneo de la profesión.

Para mantener lo que podríamos llamar «la moral médica de cada día» requiere una comprensión de lo que significa el ejercicio de la medicina como profesión. La ética debe articular la práctica médica, y es en el proceso de enseñanza-aprendizaje del residente donde el tutor debe asumir su responsabilidad mediante un proceso de tutorización activa y continuada a lo largo de todo el período de aprendizaje de la residencia. Para Díaz¹⁴ la tutorización es un «proceso por el que una persona experimentada comparte su conocimiento, en una relación de confianza, con el propósito de facilitar el desarrollo personal y profesional de otra persona». De este modo, la relación bidireccional está orientada a la ayuda para la formación y desarrollo de las personas, tanto a nivel profesional como de su vida personal, en la que quedan afectadas ambas partes, tutor y residente, de tal manera que ambos abren puertas para la actualización y la transformación mutuas. La forma de *ser* (médico) y *hacer* (medicina) del tutor en relación con la práctica clínica, constituye el punto de referencia donde el residente se orientará para conseguir la excelencia en su práctica médica. Esta referencia fundamental se va adquiriendo en la relación tutor-residente durante los 4 años de residencia.

Wagner y Seymour¹⁵ proponen un modelo donde la tutorización es entendida como una relación multidimensional entre tutor y residente, que estimula el crecimiento personal y profesional. Los atributos más deseables en el perfil de un tutor se concretarían en la honestidad, el respeto por el residente, el compromiso para compartir su tiempo y la totalidad de sí mismo; todo ello unido al dominio de habilidades comunicativas efectivas y la experiencia profesional. Por tanto, el rol del tutor en la transmisión de conocimientos, valores y actitudes en el residente pasa necesariamente por incorporar la reflexión en la tutorización para la transformación de la teoría del aprendizaje. De este modo, el

residente puede tomar conciencia de sí mismo y provocar el cambio que acompaña a toda experiencia de construcción de conocimiento.

No disponemos de recursos pedagógicos que nos garanticen esta transmisión de valores para generar cambios de actitudes. Por ello, estamos de acuerdo con Diego Gracia¹⁶ cuando afirma: «¿Cómo se enseña esto? No mediante lecciones teóricas, ni a través de cursillos, sino por el contacto humano, mediante la relación personal; es decir, por contagio, por imitación. Esto se aprende viviéndolo. Cuando tenemos alguien cerca de nosotros con estas cualidades, todos tenemos conciencia de que nos ayuda a vivir y a ser, es decir, nos humaniza. Y es que probablemente no hay otro modo de humanizar más que este, transmitiendo humanidad». Esto implica la necesidad de una mayor capacidad de pensamiento crítico sustentado en la ética. Transmitir valores y enseñar actitudes es una de las tareas más gratificantes, pero a la vez más difícil de conseguir.

Desde este planteamiento tanto el tutor como el residente deben establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atienden. Por tanto, no pueden ignorar la justicia, pero deben actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible.

Conclusión

Este artículo pretende ser una reflexión de cómo el compromiso ético configura los demás compromisos del médico de familia. La competencia en bioética debiera ser el eje que fundamenta toda decisión en la práctica clínica. Debemos tomar conciencia de que la bioética no puede quedar relegada solo a una formación adquirida mediante un curso formativo de 20 horas de duración. Por ello, se propone potenciar la función del tutor en la transmisión de conocimientos, valores y actitudes a través de la práctica reflexiva. Puesto que el tutor será modelo de imitación para el residente, deberá conocer la teoría y llevar a la práctica asistencial las virtudes que debe tener un buen profesional sanitario, entre las que cabría destacar el respeto, la sinceridad, la compasión por el paciente y el olvido de sí mismo¹¹.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de las personas que han tutorizado mi trabajo de fin de máster, el Dr. Modesto Ferrer Colomer y el Dr. Luis Pastor García, de la Universidad de Murcia, así como a la Dra. Montserrat Gens Barberà, directora del Centro de Salud, Salou, por su confianza y por facilitar mi aprendizaje en bioética, a mi «buen tutor», el Dr. Albert Pagès Artuñedo por la transmisión de sus conocimientos y a mi esposo, el Dr. Germán López-Cortacans por su asesoramiento metodológico.

Bibliografía

1. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: Where are we? Where should we be going? A review. *Acad Med*. 2005;80:1143-52.
2. Wintrup J. The changing landscape of care: Does ethics education have a new role to play in health practice? *BMC Medical Ethics*. 2015;16:22.
3. Manson HM, Satin D, Nelson V, Vadiveloo T. Ethics education in family medicine training in the United States: A national survey. *Fam Med*. 2014;46:28-35.
4. American Academy of Family Physicians (publicación en línea). Recommended curriculum guidelines for family medicine residents medical ethics [consultado 23 May 2015]. Disponible en: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint279Ethics.pdf.
5. Committee on ethics of the College of Family Physicians of Canada (publicación en línea). Ethics in family medicine: Faculty handbook [consultado 3 Jun 2015]. Disponible en: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Faculty%20Handbook_Edited_FINAL_05Nov12.pdf.
6. Casado Vicente V. Presente y futuro del MIR de Medicina Familiar. *Aten Primaria*. 2007;39:391-3.
7. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio. Boletín Oficial del Estado, n.º 190 (06-08-2014) [consultado: 18 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs/BOE-A-2014-8497.pdf>.
8. Herranz Rodríguez G. El respeto, actitud ética fundamental de la medicina. Universidad de Navarra: Pamplona; 1985.
9. León Correa FJ. Bioética. Madrid: Palabra; 2011.
10. Gracia D. Valores de la profesión médica. *Educ Med*. 2015;16:171-2.
11. Pellegrino ED, Thomasma D. Las virtudes cristianas en la práctica médica. Madrid: Comillas; 2008.
12. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Med*. 2015;16:3-8.
13. Tauber AI. Hacia una nueva ética médica. 1.ª ed Madrid: Triacastela; 2012.
14. Díaz F. El mentoring como estrategia de desarrollo y aprendizaje. *Capital Humano*. 2002;158:104-5.
15. Wagner AL, Seymour ME. A model of caring mentorship for nursing. *J Nurses Staff Dev*. 2007;23:210-1.
16. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. 1.ª ed Madrid: Triacastela; 2004.