

Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid

B. Ogando Díaz^a y C. García Pérez^b

Objetivo. El objetivo principal es comprender el significado y el sentido de la bioética para los profesionales sociosanitarios. El objetivo secundario es cuantificar la formación en bioética impartida en atención primaria del IMSALUD.

Diseño. Entrevistas a informadores clave. Entrevistas personales con responsables de los departamentos de formación e investigación.

Emplazamiento. Las 11 áreas sanitarias de atención primaria del IMSALUD.

Participantes y/o contextos. Informadores clave (uno por cada área sanitaria) elegidos por los responsables de docencia: trabajadores del área con un peso específico o interés personal en la bioética.

Método. Se estableció contacto telefónico y se envió un cuestionario de preguntas abiertas a los 11 informadores clave (uno por cada área sanitaria).

Resultados. La bioética está implícita en la actividad diaria, pero de forma inconsciente. Se observa un rechazo en general por los temas que impliquen autocrítica. Se señalan conflictos éticos fundamentalmente derivados de la relación sanitario-enfermo y con la familia, sobre todo al dar información. Los temas considerados como muy importantes son el consentimiento informado y la confidencialidad. Otros problemas éticos son: la asignación y distribución de recursos limitados y la responsabilidad de denunciar situaciones que empeoran la calidad asistencial (cupos masificados, compañeros quemados, mala práctica, etc.). Se demanda mayor formación, tanto teórica como práctica, y más tiempo para desarrollar las tareas.

Conclusiones. Como estrategia para mejorar el talante ético de los profesionales se apunta el aumento de su formación en bioética.

La formación en bioética impartida desde las gerencias de atención primaria a los profesionales sociosanitarios en la Comunidad de Madrid es escasa.

Palabras clave: Bioética. Formación. Atención primaria.

THE NEED FOR BIOETHICS TRAINING IN THE COMMUNITY OF MADRID

Objectives. Main objective: to understand the significance and sense of bioethics for social work/health professionals; the secondary objective is to quantify the bioethics training given in IMSALUD primary care.

Design. Interviews with key reporters. Face-to-face interviews with people in charge of the training and research departments.

Setting. The 11 primary health care areas of IMSALUD.

Participants and/or contexts. Key reporters (1 for each health area) chosen by heads of teaching; people working in the area with a specific weight or personal interest in bioethics.

Method. 11 key reporters (1 for each health area); telephone contact and mailing of open-questionnaire.

Results. Bioethics is implicit in daily activity, but unconsciously. General rejection due to its themes, which involve self-criticism. Ethical conflicts basically arising from the relationship of health workers with patients and the family, especially concerning information-giving, were pointed to. Themes considered very important were informed consent and confidentiality. Other ethical problems were allocation and distribution of limited resources, responsibility for taking up situations that worsen health care (lists too long, burnt-out companions, malpractice...). More training, both practical and theoretical, and more time to perform tasks were called for.

Conclusions. The strategy to improve health professionals' ethical approach is to increase their Bioethics training. Very little bioethics training is provided for social work/health professionals by primary care management in the Community of Madrid.

Key words: Bioethics. Training. Primary care.

^aMédico de familia. Magíster universitario en bioética. UCM. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Área IX. IMSALUD. Madrid. España.

^bEnfermero. Profesor asociado de la EU de enfermería, fisioterapia y podología. UCM. Centro de Salud Granero Vicedo. Alcorcón. Área VIII. IMSALUD. Madrid. España.

Correspondencia:
Beatriz Ogando Díaz.
Mozart, 44, 6.º A. 28008 Madrid.
España.
Correo electrónico:
beatriz@ogando.net

Este trabajo es parte de la tesina del Máster de Bioética de la UCM de la autora principal «Formación en bioética impartida a profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid» no publicado. Una parte de este trabajo se ha presentado como comunicación tipo póster en el VI Congreso Nacional de Bioética (Sevilla, febrero de 2004).

Manuscrito recibido el 25 de febrero de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 6 de septiembre de 2004.

Introducción

No es sencillo hablar de moral en estos momentos en los que, aunque la ética esté de moda, parece que nadie acaba de creerse que es una disciplina importante, en general, para la vida. Ética y moral nos remiten a las costumbres y nos ayudan a forjarnos un buen carácter y afrontar la vida de forma más humana para que al final sepamos ser más justos y felices¹.

La ética es una disciplina de carácter práctico que pretende orientar la acción humana en un sentido racional. Aunque vivimos un tiempo de cierto relativismo moral y se defiende la creencia de que no es posible argumentar en ética, que estas cosas son totalmente subjetivas y privadas², la propia sociedad solicita la imposición de límites para ciertas prácticas y reconoce en ocasiones que no todo vale, ni todo vale por igual^{3,4}.

El campo de la salud está cada vez más influido por extraordinarios avances científicos que han deparado una creciente complejidad de la medicina. Estas nuevas tecnologías son potencialmente revisables desde un punto de vista ético, así como los cambios que en los últimos años se han producido en las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios de sus servicios. La bioética ha ido creciendo a la par que los problemas en el ámbito de las ciencias de la vida (medicina, enfermería, biología, ecología...) y ha planteado unas bases generales para poder decidir si todo lo técnicamente posible y correcto es éticamente bueno^{5,6}.

Actuar de manera racional implica pensar clara y críticamente, con habilidad para argumentar y justificar las decisiones que se van a tomar, que siempre lo serán en condiciones de incertidumbre⁷. No hay soluciones únicas y se debe admitir que se tengan dudas, aprender a pensar sobre ellas para intentar clarificarlas, evitar errores y tomar decisiones menos dogmáticas, y tener presente la diferencia que hay entre discutir racionalmente y decir lo que uno opina o siente.

La bioética no analiza sólo los hechos, sino que incluye en el proceso de toma de decisiones los valores, tanto del individuo como del contexto y del entorno sociocultural, a fin de que las acciones sean más adecuadas, de mayor calidad y puedan ser éticamente aceptables⁸.

Adquirir y ampliar los conocimientos en bioética no implica ni obliga a ser más éticos, al igual que el estudio de la medicina no nos hace más sanos⁹, pero sin duda facilita que las decisiones difíciles que haya que tomar sean más meditadas y fundamentadas, más racionales y más respetuosas con las distintas opciones y valores de los implicados.

Durante el período formativo de los profesionales de la salud se deberían incluir los aspectos éticos relacionados con las distintas actividades que se desarrollan (docencia, investigación, clínica, procesos de relación...) ¹⁰, despertando la sensibilidad hacia la dimensión ética de su

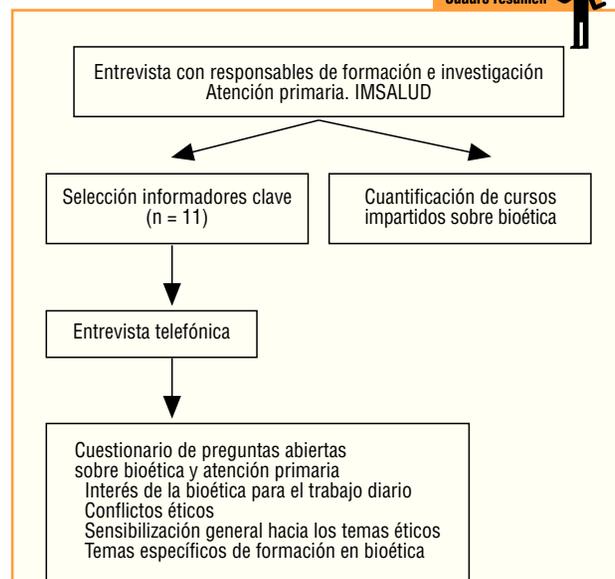
labor profesional sin olvidar la formación continuada de los profesionales que se enfrentan a diario con situaciones que les van a generar conflictos éticos de distinta magnitud y que han sido tradicionalmente resueltos contando con una mayor o menor dosis de «sentido común», «buena voluntad» y subjetivismo (*ésta es mi ética personal*) no exentos de peligros.

Resultado de la inquietud por la formación en bioética, el presente trabajo tiene como objetivo comprender el significado y el sentido que la bioética tiene para los profesionales sociosanitarios; para ello se analiza desde una perspectiva cualitativa su percepción subjetiva y la valoración que estos profesionales hacen sobre el tema; asimismo, se cuantifica la formación en bioética que han recibido los profesionales sociosanitarios de las 11 áreas de atención primaria del IMSALUD en la Comunidad de Madrid.

Participantes y métodos

Se trata de un estudio realizado en las 11 áreas sanitarias de atención primaria del IMSALUD en la Comunidad de Madrid. Para la investigación cualitativa se realizaron entrevistas a 11 informadores clave (1 por cada área sanitaria) elegidos por los responsables de docencia entre los trabajadores del área, como personas con un peso específico o con un interés personal en el tema de la bioética. Tras un contacto telefónico se les envió por correo un cuestionario con preguntas abiertas, en el que se solici-

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio cualitativo. Entrevistas a informadores clave sobre el significado y sentido de la bioética para los profesionales.

taba su opinión personal sobre el interés de la bioética para el trabajo diario, los conflictos éticos encontrados, la sensibilización general hacia los temas éticos y sobre temas específicos de formación en bioética.

Se realizaron entrevistas personales con los responsables de los departamentos de formación e investigación de cada una de las áreas sanitarias, a los que se solicitó información sobre los cursos impartidos en el área en el período comprendido entre 1990 y 2003, y que hubieran tratado de forma específica y exclusiva el tema de bioética, contabilizando tanto los cursos impartidos como los profesionales asistentes.

Resultados y discusión

Entre 1990 y 2003 se impartieron 19 cursos de formación específica en bioética. La duración de los cursos osciló entre 10 y 30 h (3 de 10 h, 4 de 15 h, 9 de 20 h, 2 de 25 h y 1 de 30 h). En la tabla 1 se recogen los datos de participación en los cursos por estamentos. Se han tomado como referencia los datos de la plantilla orgánica del IMSALUD de septiembre de 2003.

Por lo que respecta a las encuestas realizadas a los informadores clave, se recogieron 9 de las 11 enviadas; en los 2 casos restantes se realizó un segundo envío. No se insistió más en este sentido al considerar que con las recibidas se había obtenido una saturación en el discurso suficiente para el grado de profundidad que se pretendía en el estudio (exploratorio)¹¹. Los resultados de las preguntas abiertas formuladas a los informadores clave se han analizado, seleccionado y clasificado por la similitud de sus contenidos¹², y se presentan en las tablas 2-6.

La bioética es una disciplina joven, nacida en el ámbito hospitalario, por lo que pueden ser necesarios unos años hasta que sea asumida como parte integral del trabajo en atención primaria. Una de las herramientas que podría favorecer que los trabajadores sean conscientes de la dimensión ética de su labor profesional es su formación, tanto de pregrado como de posgrado y la formación continuada. La bioética se encuentra incluida en el currículum básico, tanto de universidades de medicina como de las escuelas de enfermería, así como en el programa de formación de los residentes de medicina familiar y comunitaria. El interés es creciente¹³, como lo demuestra la reciente inclusión de capítulos sobre bioética en manuales y libros de consulta generales¹⁴⁻¹⁶; asimismo, también se encuentra la bioética en los temarios de la OPE 1999 de atención primaria.

Los resultados del presente estudio muestran que son pocos los cursos impartidos y los profesionales formados en bioética, oferta que parece insuficiente si se pretende aumentar la sensibilidad, los conocimientos y las habilidades de los trabajadores hacia temas éticos.

En cuanto a los informadores clave, se eligió una metodología cualitativa para poder mejorar la comprensión de la situación actual y hacer una aproximación a las opiniones y valoraciones subjetivas, así como recoger las sugerencias de los trabajadores hacia el campo de la bioética.

TABLA 1 Profesionales formados en bioética

N.º profesionales (septiembre 2003)	Formados en bioética	Porcentaje
Médicos, 3.120	130	4,2
Pediatras, 760	14	1,8
Enfermeras, 3.242	132	4,1
Trabajadores sociales, 93	6	6,4
Total, 7.215	282	3,90

TABLA 2 Interés de la bioética en el trabajo diario de atención primaria

Se considera algo inconsciente, implícito, un tema desconocido pero con interés cuando se saca a la luz

Se reivindica la ética del día a día, de las pequeñas cosas en contraposición con los grandes temas éticos. «Aspectos a veces poco llamativos son muy importantes»

Se concede importancia a lo que sería el talante ético: valor o actitud fundamental, aunque sea personal

«Se trabaja muy deprisa», lo que se vive como un impedimento para plantearse estos temas, aunque se considera que «no hay comportamientos inocentes en el trabajo»

El interés se centraría en poder actuar con más conocimiento, menos subjetivismo. Se expresa la necesidad de guías de actuación y esquemas de pensamiento claros

TABLA 3 Sensibilización general hacia la ética en los profesionales cercanos

Se expresa como escasa en general, menor de la que se debería tener

El tema se trivializa por desconocimiento o por inconsciencia. No hay interés por profundizar en estos temas

«Cada uno va a su bola» y apenas se admiten criterios diferentes

Se relaciona la bioética con el aborto, la eutanasia, la clonación, con temas muy lejanos a la atención primaria

No se identifican los problemas, por lo que las actuaciones resultan inadecuadas. Se plantean sólo los casos muy llamativos o muy conflictivos.

Argumentos en contra de una actitud más ética: «total para lo que nos pagan», «todo el mundo lo hace», que son criticados por los informadores clave

Se considera que «las cosas funcionan aceptablemente bien porque se quiera o no el trabajo es fundamentalmente ético»

Para estos informadores clave es general la opinión de que entre sus compañeros se respira un cierto aire de desinterés o desconocimiento, aunque con posibilidades de actuación al ser éste un tema que «está de moda» (se considera políticamente correcto en la actualidad hablar de ética), pero con un cierto escepticismo. Afirman que la bioética de alguna manera está implícita en la actividad diaria, pero de una forma inconsciente, y sólo cuando se saca a la luz, se muestra un cierto interés por los temas,

TABLA 4 Conflictos éticos en atención primaria

Conflictos clínico-asistenciales
Confidencialidad de datos
Secreto profesional e información a familiares
Atención a enfermos terminales: información
Peticiones de tratamientos para terceros sin su consentimiento
Familiares que deniegan o incumplen tratamientos en pacientes dependientes
Denuncia de sospechas de malos tratos
Autonomía del «menor maduro»
Prescripción de fármacos
Retraso en atención especializada y en procedimientos diagnósticos
Falta de información diagnóstica o pronóstica en atención especializada
Atención discriminatoria: ancianos desplazados, inmigrantes sin papeles, grupos étnicos, delincuentes, heroinómanos, etc.
Trato desigual a los pacientes: de otros médicos, a los que se cambian, a los que caen mejor, a los que más protestan, etc.
Toma de decisiones sin contar con la opinión del enfermo
Reparto de recursos, equidad, accesibilidad
Otros conflictos no clínicos
Trabajo en equipo
Negativa a realizar órdenes médicas por desacuerdo
Llegar tarde al trabajo y/o estar ilocalizable
Dedicar el tiempo de trabajo a actividades personales
Utilizar material del centro sanitario para asuntos particulares
Comentarios sobre pacientes en salas de café
Sistemas de incentiviación
Aceptar invitaciones, regalos, inscripciones a congresos de los laboratorios farmacéuticos
Aceptar méritos y retribuciones de puestos docentes no desempeñados
Responsabilidad y deber en formación pregrado y en la propia formación continuada
Utilizar a los pacientes como recurso docente o de investigación sin su consentimiento

TABLA 5 Necesidades para hacer frente a los conflictos éticos del trabajo diario

Los profesionales demandan:
Formación teórica. Bibliografía. Formación práctica: casos clínicos relevantes
Formación en valores y actitudes del buen profesional. Autocrítica
Fomentar la reflexión, el análisis personal, el debate de ideas, la crítica de modelos y las conductas existentes
Modelos profesionales de honestidad, rigor y dedicación
Discusión de casos conflictivos con compañeros en pre y posgrado. Consejos de otros compañeros coherentes y éticos
Un ambiente laboral apropiado, más tiempo en la consulta
Guía de consulta rápida o asesor ágil. Grupo de expertos para consultar dudas
Manual de leyes (p. ej., derecho a la intimidad)

TABLA 6 Temas que se deben incluir en cursos de formación sobre bioética en atención primaria

Definición. Historia. Bases filosófico-conceptuales. Desarrollo actual. Paso del paternalismo a la autonomía. Códigos deontológicos profesionales
Ética del día a día, de las pequeñas cosas. Casos prácticos
Confidencialidad y secreto profesional
Información al paciente y a sus familiares. Consentimiento informado
Decisiones en el paciente terminal
Actitud ante pacientes conflictivos (sida, drogas, enfermedad mental)
Anticoncepción, aborto, manipulación genética. Confidencialidad en menores
Actitud ante la sospecha de malos tratos
Deber de denunciar situaciones que pueden empeorar la calidad asistencial (cupos masificados, compañeros «quemados», mala práctica)
Trabajo en equipo: respeto, jerarquización, responsabilidad
Derechos de pacientes y profesionales
Responsabilidad en la asignación y distribución de recursos escasos o limitados. Accesibilidad
Valores, actitudes, función de modelo sobre estudiantes, residentes, colegas. Responsabilidad en la formación continuada

aunque en muchas ocasiones se trivializan. Hay un rechazo en general por los temas que impliquen una auto-crítica o un replanteamiento de cómo se están haciendo las cosas y qué se podría hacer por mejorarlas. Los «compañeros quemados» serían los más reacios a introducir estos aspectos y algunos de los informadores clave expresan una gran dificultad para cambiar estas actitudes. Se traduce en ocasiones el clima social de «todo vale» y dejan de tener importancia los aspectos que no supongan un beneficio directo personal.

Los informadores clave más críticos reclaman una adecuada ética profesional, un mayor sentido moral «en general» para el día a día porque «no hay comportamientos inocentes en el trabajo», y denuncian que algunos de sus compañeros no consideran como problemas éticos, por ejemplo, «llegar tarde y estar ilocalizable», «dedicar el tiempo de trabajo a actividades personales», «aceptar invitaciones, regalos, inscripciones a congresos de los laboratorios farmacéuticos», «usar la fotocopiadora del centro con fines privados», etc., siendo a la vez críticos con los argumentos que estos compañeros esgrimen para justificar su actitud («todo el mundo lo hace», «total para lo que nos pagan»). Se reclama una mayor formación como método para conseguir una mayor sensibilización y, de alguna manera, mejorar el talante ético de los profesionales.

Los informadores clave distinguen como conflictos éticos presentes en su actividad diaria fundamentalmente los derivados de la relación sanitario-enfermo, y en muchas ocasiones con la familia, sobre todo por las interferencias a la hora de dar información. Se menciona también como «conflictiva» la relación con los enfermos terminales y, en

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La bioética es una disciplina joven, nacida en el ámbito hospitalario.
- La bioética ha ido creciendo a la par que los problemas en el ámbito de las ciencias de la vida.
- Los conflictos éticos más relevantes en atención primaria son los derivados de la relación sanitario-paciente.

Qué aporta este estudio

- La formación en bioética recibida por los profesionales sociosanitarios es escasa.
- Se demanda mayor formación para la resolución de conflictos éticos y para mejorar el talante ético de los profesionales.

menor medida, con otros pacientes que se consideran problemáticos (toxicómanos, delincuentes, enfermos de sida, etc.). Esto podría traducir unas carencias formativas, no sólo en el plano de la ética, sino en el manejo general de la relación profesional-usuario que tanto se ha transformado en los últimos años^{6,17}, desde el reconocimiento de la autonomía del individuo y de su derecho a decidir sobre las actuaciones que tienen que ver con su integridad física y emocional¹⁸. Surgen en este sentido 2 temas hasta ahora poco desarrollados y que son considerados por los informadores clave como muy importantes: el consentimiento informado y la confidencialidad, destacando este último como un problema que cada vez será mayor con el auge de los procesos de informatización de historias clínicas.

Aunque la mayoría de los temas son clínicos, también se han señalado los problemas éticos que originan la asignación y distribución de recursos limitados y la responsabilidad de denunciar situaciones que puedan empeorar la calidad de la asistencia (cupos masificados, compañeros *quemados*, mala práctica...). Son muchos más los temas destacados por sus implicaciones en la práctica, aunque son pocos los informadores clave que han hecho mención de los problemas en el inicio de la vida (que en un planteamiento superficial podrían ser considerados del ámbito de la atención especializada) o de los problemas derivados del mantenimiento de la competencia profesional. Se plantean escasamente temas relacionados con la ética de la investigación; esto podría deberse a que éste es un tema al que aún se le

otorga poca importancia y que en la actualidad cuenta con escasa magnitud en atención primaria, y no hay conciencia de que algunas actividades que no se consideran como tal (inclusión de pacientes en fichas de laboratorios, utilización sin el consentimiento de los pacientes de datos recogidos en consulta) deberían ceñirse a las obligaciones éticas de toda investigación. También se han mencionado poco los temas relacionados con la faceta docente de la atención primaria (pregrado, especialización), pero se ha considerado importante el papel ejemplar que se podría desarrollar¹⁹.

Los aspectos éticos del trabajo en equipo, las complejas relaciones con las gerencias, con otros estamentos profesionales, con la industria farmacéutica, las políticas sanitarias, etc., han sido escasamente destacados como problemas éticos del trabajo en atención primaria, que de algún modo está muy sobrecargado de lo estrictamente asistencial. Se hace referencia a la difícil relación con otros niveles asistenciales.

Puede que la propia aceleración y burocratización del actual sistema haga más insensibles a los profesionales frente a estos temas, aunque bastaría un breve reflexión (que podría ser propiciada por un curso de formación) para constatar la cantidad de acciones que se podrían mejorar, con relativamente poco esfuerzo, si se mantuviera una alerta permanente y una autocritica alta, y se pensara no sólo en el propio interés sino en el bien común (de los pacientes, del propio equipo, de la organización sanitaria, etc.). Sin duda, ésta es una responsabilidad muy grande para la que no se ha formado suficientemente a los profesionales y con la que se les presiona en muchas ocasiones. Sería interesante revisar con ellos la importancia que tienen estos aspectos menos asistenciales del trabajo diario, abundando en un análisis crítico para facilitar un desarrollo de actividades sociosanitarias de mayor calidad.

Para la resolución de conflictos éticos se demanda una mayor formación, tanto teórica como práctica, así como la educación en valores y autocritica, y el fomento de la reflexión, el debate, la discusión y el análisis para poder detectar y abordar los conflictos éticos que se presentan en el quehacer diario. Se valora como muy positiva la presencia de modelos profesionales de honestidad, rigor y dedicación. Sería positivo contar con más tiempo para desarrollar las tareas («se trabaja muy deprisa, lo que impide plantearse estos temas»), así como una mayor sensibilidad de los compañeros y un ambiente laboral más adecuado para el encuadre ético deseado.

Respecto a la valoración subjetiva que los informadores clave hacen de la docencia de la bioética impartida en las áreas, el balance es desalentador, ya que coinciden en que la formación es muy escasa o inexistente, en ocasiones por falta de peticiones («¿quién quiere reflexionar sobre la cantidad de cosas que hacemos mal?»). Si se impartieran cursos, éstos deberían ser eminentemente prácticos, centrados

en el estudio de casos clínicos, aunque también se considera necesario incluir conceptos teóricos para poder fundamentar las argumentaciones. El debate, la discusión y las técnicas que fomentan la participación se prefieren a los mensajes directivos en los que algunas veces se cataloga a la ética.

Sería interesante profundizar y enriquecer el discurso de los informadores clave a través de otras técnicas de investigación cualitativa, como podrían ser grupos de discusión o Delphi, para aumentar y mejorar la comprensión y repercusión que el tema de la bioética suscita en el ámbito de la atención primaria.

Conclusiones

¿Es necesaria la bioética en atención primaria? Muchos autores defienden esta necesidad^{14,20-23} y, aunque sigue siendo controvertida la posibilidad de enseñar «la virtud»,^{1,2,24} se apunta como estrategia para mejorar el talante ético de los profesionales el aumento de su formación en bioética, no sólo para resolver casos conflictivos, sino para despertar su sensibilidad y sentido de la propia responsabilidad en un intento de desarrollar la calidad moral y mejorar la actitud con la que se llega a la actual postura frente a la vida en general y a la profesión en particular. Hablar de moral, de valores, de los olvidados deberes en un mundo que parece sólo de derechos, puede resultar incómodo. Sería necesario mejorar la educación moral, pero no sólo de los profesionales sociosanitarios, sino de toda la sociedad civil².

Como conclusión general del presente estudio se podría señalar la escasa formación en bioética impartida desde las gerencias de atención primaria a los profesionales sociosanitarios en la Comunidad de Madrid y la escasa sensibilización hacia este tema encontrada entre los trabajadores, aunque sin olvidar que algunas áreas y profesionales han expresado interés en difundir esta educación en bioética.

Agradecimientos

A los responsables de las unidades de formación e investigación de las 11 áreas sanitarias del IMSALUD por su inestimable colaboración en la recogida de datos.

A los informadores clave, que aportaron desinteresadamente sus experiencias, reflexiones y sugerencias.

A Cristina Ogando Díaz, que pacientemente leyó y corrigió varias versiones de este manuscrito. Sin su apoyo incondicional y sus sabios comentarios no sería como es.

Bibliografía

1. Cortina A. El quehacer ético. Guía para la educación moral. Madrid: Aula XXI/Santillana, 1996.
2. Cortina A. La ética de la sociedad civil. Madrid: ANAYA; 1994.
3. Savater F. Invitación a la ética. Barcelona: Anagrama; 1986.
4. Savater F. Ética para Amador. Barcelona: Ariel; 1992.
5. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: EUDEMA Universidad; 1989.
6. Gracia D. Planteamiento general de la bioética. En: Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
7. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA Universidad; 1991.
8. Gracia D. La bioética en atención primaria. En: Bioética clínica. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
9. García Barbero M. La enseñanza de la ética médica. *Jano*. 1987;33:295-7.
10. Altisent R, Delgado MT, Jolín L, Martín Espíldora MN, Ruiz Moral R, Simón P, et al. Sobre bioética y medicina de familia (y V). *Aten Primaria*. 2000;25:505-11.
11. Ribot Catalá C, Fernández-Tenllado Gil MA, García de León Solera D. Investigación cualitativa en atención primaria: una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria*. 2000;25:343-8.
12. De Andrés Pizarro J. El análisis de estudios cualitativo. *Aten Primaria*. 2000;25:42-6.
13. Grupo de trabajo sobre «La enseñanza de la Bioética». La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 1999.
14. Altisent R. Ética y medicina de familia. En: Martín Zurro A, editor. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt; 1999.
15. Gracia D. Aspectos bioéticos. Los problemas éticos de la medicina clínica. En: Farreras Rozman C, editor. *Medicina Interna*. 12.ª ed. Barcelona: Doyma; 1992. p. 18-22.
16. Lo B. Aspectos éticos de la medicina clínica. En: Harrison. Principios de medicina interna. 14.ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1998. p. 7-10.
17. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. En: Bioética clínica. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE, 15 de noviembre de 2002.
19. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. *Aten Primaria*. 2000;26:362-7.
20. Altisent R. Cuestiones de bioética en atención primaria (tema monográfico). *Jano*. 1993;64:2309-32.
21. Ogando Díaz B. Ética en la práctica de la medicina general: una asignatura pendiente. *Aten Primaria*. 1994;14:848-51.
22. Davis AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Enfermería Clínica*. 1999;9:27-34.
23. Barrio Cantalejo IM. Carol Gilligan y la ética del cuidado. Un referente para la ética de enfermería. *Enfermería Clínica*. 1999;9:71-6.
24. Platón. Menón. En: Oliveri FJ, editor. *Diálogos II (Biblioteca Clásica Gredos Vol 61)*. Madrid: Gredos; 1987.