



ARTÍCULO ESPECIAL

Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria

Santiago Álvarez Montero

Atención Primaria, Área VI, Centro de Salud de Torrelodones, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Recibido el 10 de noviembre de 2009; aceptado el 21 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 20 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Medicina de familia;
Bioética

KEYWORDS

Primary care;
Family medicine;
Bioethics

Resumen

Desde sus comienzos la medicina de familia (MF) ha acercado los bienes sanitarios a la población. Una crisis de la MF es un buen momento para atender a las expectativas sociales y para reformular y radicalizar los principios que guían la especialidad.

Se presenta una reflexión ética sobre qué hacer desde el microcosmos de la práctica diaria. Burocracia y nimiedades producen un desgaste moral e impiden que la MF ofrezca el bien específico que le corresponde. La visualización de la MF como portero del sistema, mero filtro de banalidades, área administrativa o como paño de lágrimas del sistema, configura una caricatura social inaceptable.

Es vital para la MF alcanzar un compromiso efectivo orientado preferentemente a los grupos o individuos más vulnerables. Pero también necesita con urgencia una recuperación de sentido como área de promoción humana, en la que el profesional no pierda su capacidad moral de desear algo, quererlo, lograrlo y disfrutarlo.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Crisis in family medicine: A bioethical perspective from the routine practice

Abstract

From the beginning, family medicine (FM) has brought health care nearer to the population. A crisis in FM is a good time to look at the social expectations and to reformulate and to strengthen the principles that guide the specialty.

An ethical reflection is presented on what to do from the microcosm of daily practice. Bureaucracy and trivialities cause a moral decline which prevents FM from offering the specific service that it should. Its visualisation as doorman to the system, a mere filter of banalities, an administration area or as a handkerchief for the system to cry on, draws a socially unacceptable caricature.

It is vital for FM to reach an effective compromise preferably directed at the most vulnerable groups or individuals. But it also urgently needs a sense of recovery as an area

Correo electrónico: santiago.am@telefonica.net

of human promotion, in which the professionals do not lose their moral capacity to have something to desire, want, achieve and enjoy.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Mes lluny, sempre molt mes lluny,
més lluny del demà
que ara ja s'acosta.
I quan creieu que arribeu,
sapigueu trobar noves sendes.
(Más allá, siempre mucho más allá,
más allá del mañana
que ahora ya se acerca.
Y cuando creáis que llegáis
sabed encontrar nuevas sendas)
Viatge a Itaca. Lluís Llach.*

Introducción

Recientemente Julio Ceitlin afirmaba que la atención primaria (AP) y la medicina de familia (MF) «están en crisis en gran parte del mundo», concluyendo que es necesario abrir un gran debate, repensarlas, redefinirlas y crear nuevos modelos de gestión¹.

Se entiende aquí por crisis de la MF una situación cambiante y decisiva, en la que se pone en cuestión su continuación, modificación o cese. La pregunta de esta reflexión es qué se puede, se debe y es bueno hacer desde el limitado microcosmos de la práctica diaria; y el objetivo de la misma es aportar una perspectiva bioética, mediante una sistemática similar a la utilizada en los comités de ética asistencial en sus deliberaciones.

Mirada a la realidad

Recientemente, al menos 3 hechos constatados globalmente han llevado a muchos a hacer un diagnóstico de crisis en la MF: disminución progresiva de médicos que la eligen,

disminución de médicos generales/de familia (MGF) en los sistemas sanitarios y la frustración profesional de estos².

Los cambios sociales provocan «transiciones sanitarias»³ y éstas tienen el denominador común de ser algo multifactorial, dinámico y que tiende a superar la capacidad de asimilación y reacción. Las que más podrían afectar a la MF se muestran en la [tabla 1](#).

Pero además, en la MF nos encontramos con horarios de trabajo interminables (Canadá)², dedicación casi exclusiva a la asistencia (desplazando a la docencia y a la investigación), gran limitación de tiempo por paciente⁴, escaso interés del contenido de la práctica cotidiana (tiempo excesivo para «naderías desde el punto de vista clínico», pacientes que ya «controla» el especialista, seguimiento innecesario de crónicos controlados o burocracia)^{5,6}.

En España las fuerzas sociales configuran una situación en la que un bajo nivel de gasto público en sanidad se orienta preferentemente hacia los hospitales (53%) y farmacia (23%), frente a la AP (15%)⁷. Los colectivos que pueden elegir entre sanidad privada o pública, prefieren en su mayoría la sanidad privada (87% en 2004), donde la accesibilidad a atención especializada ambulatoria es mayor que en el sector público⁸.

Las nuevas expectativas sociales tienden a minimizar la incertidumbre y a maximizar el acceso a información y a las tecnologías sanitarias. Los MGF se ven trabajando en un modelo que ha dejado de ser innovador⁹. Y el prestigio y la influencia social de la MF parecen reducirse de forma paralela a las transiciones tecnológica, mediática, política y a una falta de presencia entre las clases altas⁵.

Problemas éticos

Para mantener un rigor metodológico, la perspectiva adoptada en esta reflexión toma como sujeto moral a los

Tabla 1 Transiciones sanitarias más relevantes para la medicina de familia

<i>Innovación tecnológica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • No se asocia a la figura del MGF y sí a la de los demás especialistas y hospitales • Genera grandes expectativas sociales • Contribuye a la reducción de la incertidumbre diagnóstica y a la resolución de graves problemas de salud • Se asocia a una idea de progreso «más centrada en las posibilidades de la ciencia que en los avances sociales» • El médico pasa a ser asalariado trabajando en un marco organizativo limitante de su autonomía
<i>Laboral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente pasa a ser más consumidor de servicios sanitarios que enfermo
<i>Mediática</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Visibilidad de lo sanitario como algo espectacular • «Distorsión probabilística en la interpretación social de la normalidad» • Promoción de un temor a la enfermedad y una construcción teórica de nuevas enfermedades, con un efecto corrosivo de la teoría y práctica de la medicina¹
<i>Política</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estancamiento de los presupuestos en nuestro país para la AP⁷ • Se constata un escaso interés por la AP, especialmente por parte de las opciones políticas conservadoras^{37,38}

MGF y se sitúa en la perspectiva del microcosmos de la práctica diaria del MGF individual, determinada por una indudable limitación del margen de maniobra. Es pertinente una perspectiva ética porque no es posible afrontar situaciones de cambio e incertidumbre sin una referencia éticamente válida y porque está en juego la credibilidad de los MGF ante una sociedad que reclama una profesionalidad basada en cualidades morales¹⁰.

El problema del bien interno de la MF: ¿qué pinto yo como MGF?

Como en cualquier estado de crisis, lo más elemental deja de estar claro. Ello nos coloca de lleno ante el problema moral de la búsqueda honesta y rigurosa de la validez (la verdad) de mi trabajo como MGF. La cuestión es si mi experiencia de este representa aquí y ahora una posibilidad real de promoción humana para mis pacientes y para mí, o por el contrario, ha dejado de tener valor.

El dominio de la productividad: ¿qué le pasó a la «A» de mi teclado?

Cuando falta una letra del teclado no se puede escribir correctamente. Esta metáfora se utiliza con acierto en la película «El secreto de sus ojos» de Juan José Campanella¹¹. El problema moral surge cuando la cultura laboral vigente arrincona valores cualitativos fundamentales del trabajo. Uno de esos valores en la MF es la construcción responsable de una relación clínica compasiva, comprometida y gratificante. Esto ocurre en un «modelo industrial que prima la productividad y la cantidad»¹².

El problema de la profesionalidad: ¿mediocridad bien pagada?

Aquí el problema surge cuando el «modelo» se convierte en «molde» desincentivador, haciendo que los privilegios laborales (o bienes comunes a cualquier buen trabajo) prevalezcan sobre la profesionalidad, que intenta ofrecer el bien interno de la profesión. Los privilegios laborales también son bienes y uno de los mayores logros sociales. Pero en un contexto desmotivador, se puede dejar de lado más de un principio de la MF.

El problema del bien específico de la MF frente a la voluntad de servicio: ¿cómo se nos ha podido colar tanta burocracia, tanta nadería?

Aquí el conflicto de valores adopta la forma de confusión entre ellos. La voluntad de servicio representa un deseo de ser útil. En buena lógica, da una respuesta que será un bien mucho más amplio e inespecífico que el bien que pueda ofrecer la MF como especialidad. El problema es, por tanto, confundir el bien específico de la MF con el bien inespecífico que ofrece la (buena) voluntad de servicio, dando lugar a una situación en la que multitud de tareas no relacionadas con la MF invaden la consulta. Históricamente esto en un estado totalitario ha creado complicidad con situaciones trágicas y perversas¹³.

El imperio de la Ley de cuidados inversos: ¿atender al que viene o al que lo necesita?

La Ley de cuidados inversos dice que los recursos se dirigen hacia quien los solicita, no hacia quien los necesita¹⁴. El principal recurso, el «recurso tiempo», se va en los que solicitan consulta, no en quienes lo necesitan. Es un problema de justicia, en el que entran en conflicto la accesibilidad y la distribución racional de recursos. Si admitimos que la medicina se apoya en un compromiso «con la causa de los pacientes, con aquellos que sufren la tiranía de la enfermedad y sus consecuencias»¹⁵ (prevención, curación, rehabilitación, cuidados), tendremos que admitir que la práctica de la medicina tiene prioridades.

La desmoralización también es un problema ético: ¿quemado yo?

Se entiende aquí por «desmoralización» una pérdida de capacidad para realizar algo y/o realizarme. Se trata de un deterioro de mi estructura moral, aquella que me capacita para construir, crear o promocionarme¹⁶. Es un bloqueo progresivo para incorporar a mi vida aquello que valoro, una incapacidad para realizar de hecho valores (de incorporarlos a «mi física realidad»¹⁷). La desmoralización puede a su vez coexistir con conductas poco éticas¹⁸. En el síndrome del profesional quemado se da un estado de desmoralización. Y esto no sólo es un problema que afecte a demasiados médicos¹⁹. También está relacionado con la satisfacción de los pacientes²⁰, los hábitos de prescripción, las pautas de interconsulta, una peor calidad del trabajo²¹ y una mayor probabilidad de incurrir en errores médicos y litigios²².

¿Qué hacer desde el microcosmos de la práctica diaria?

Se han propuesto muchos cursos de acción, como que se desarrollen nuevas alianzas¹, desplazar el liderazgo de gestores y políticos a profesionales y pacientes⁹, desarrollar liderazgos integradores²³, desburocratizar las consultas²⁴, reafirmar nuestro papel en el sistema²⁵, o la unión de las sociedades científicas²⁶. Otros piden más recursos para la AP pública²⁷, más tiempo por consulta²⁸, incentivar adecuadamente a los MGF²⁹, romper el modelo único con fórmulas nuevas^{30,31}, promover el papel de filtro del MGF en las sociedades privadas⁵, favorecer la dedicación exclusiva, o detener las privatizaciones⁷.

El planteamiento de este trabajo busca únicamente cursos de acción que abran posibilidades para un «liderazgo» de cada MGF sobre su propia vida profesional. Y desde la convicción de que desde aquí se enriquecen y fortalecen otros cursos de acción colectivos.

¿Elaborar un discurso propio más preciso, más imaginativo y más realista?

Un discurso monolítico corre el riesgo de caer en dogmatismos nostálgicos o de reducirse a ideologías que defienden unos intereses³², en cambio un discurso abierto es indagador, respetuoso con las discrepancias, flexible a la realidad,

abierto a reconocer errores y tolerante con la pluralidad. Reelaborar el propio discurso sobre la especialidad es ir más allá de la queja permanente y de echar la culpa de todo a otros, y exige precisar mejor el bien interno que proporciono como especialista. Una disciplina que presume de ocuparse de «todos los problemas de salud»³³ debería especificar cuáles son sus prioridades.

Discursos más imaginativos. Por ejemplo, en un clima de tensión entre quienes «aman» o no los hospitales³⁴, pocos parecen optar por éstos. Sin embargo, con su ausencia en los hospitales los MGF pierden visibilidad social y, ante todo, una importante oportunidad para hacer real y concreta la continuidad asistencial².

Discursos más realistas. La lucidez no tiene por qué estar asociada al pesimismo, el cinismo o la resignación. Por ejemplo: las expectativas de esta sociedad en lo tecnológico no son infundadas, y los MGF no deberían menospreciar el papel de las tecnologías sanitarias.

¿Buscar otros horizontes laborales?

Se están proponiendo nuevas formas de gestión que permitirían cambiar el molde laboral. Las posibilidades de desarrollo profesional son múltiples dentro de esta versátil especialidad, pero para responder a la cuestión planteada arriba topamos con el problema de la vocación, un tema ético que no está de moda. El Royal College of Physicians apunta que el término vocación es importante, matizándolo, pues muchos no se encuentran cómodos al utilizarlo³⁵.

La vocación aquí queda entendida como una forma de inteligir la (mi) propia realidad. Es posible sentir la propia realidad como deseo o incluso como anhelo de una plenitud, aunque a veces uno no sabe lo que se quiere o, si lo sabe, se puede equivocar al interpretar ese deseo. Buscar qué quiero realmente y qué puedo hacer es un curso de acción que requiere una atención permanente y un discernimiento¹⁶ en el que la prudencia no tiene por qué ser incompatible con la audacia.

Acallar un llamamiento de la propia realidad que apele a lo mejor de sí, supone renunciar a un aspecto fundamental de uno mismo, aquél que reclama una plenitud, sea o no ésta posible aquí y ahora. La consecuencia no puede ser otra que la frustración.

¿Dedicar más tiempo a los pacientes más vulnerables?

No es aceptable que los pacientes graves se conviertan en un mero «trastorno del ritmo» de la consulta. Ni es admisible que el MGF desaparezca de su vida en el momento que más pueden beneficiarse de una valoración metódica en AP, o al ingresar en un hospital. Asumir estos problemas supone, entre otras cosas, estudio personal, un dominio razonable del factor tiempo y una coordinación con un buen trabajo enfermero, pero son imprescindibles herramientas como un ordenador de mano y una buena aplicación (PEPID Primary Care Plus³⁶ o cualquier otra similar) con la que consultar cualquier duda que surge ante el paciente.

Renunciar al objetivo de atender preferentemente a los pacientes más vulnerables es renunciar al elemental principio de beneficencia de la medicina, puede suponer

un ejercicio de dejadez maleficente y supone resignarse a una distribución injusta del recurso tiempo. En la práctica, la «derivación» de este tipo de pacientes supone una desaparición del MGF en uno de los momentos en los que su intervención específica es más eficaz, resolutive y valiosa.

El curso de acción que se está proponiendo incluye mantener de forma efectiva y real la continuidad de la atención en estos pacientes. Para ello no queda más remedio que buscar selectivamente las formas de forzar mejoras del sistema y, por ejemplo, conseguir citas a su debido tiempo; o lograr crear redes de comunicación eficaces con el hospital de referencia. Deberíamos tener en cuenta que la pérdida de la continuidad de la atención supone una pérdida grave de oportunidad de ofrecer uno de los bienes internos específicos más valiosos de la MF, y por tanto, de lograr el respeto y la visibilidad de los MGF ante sus pacientes, otros especialistas y la sociedad.

¿Un nuevo marco de confianza?

La asistencia durante horas puede encerrarnos en una rutina. El curso de acción que se sugiere es estar abierto a redescubrir la relación clínica desde un marco de confianza que permita a todos (médicos y pacientes) disfrutar de ella. La confianza se basa en un acuerdo mutuo de expectativas, y parecería que algunos pacientes esperan muy poco de su MGF. Sin embargo, sabemos que hay expectativas ocultas de mayor calado, muchas de ellas asumidas ya de hecho por los MGF y otras, como la de la continuidad de la atención en momentos críticos, aún pendientes de asumir³. Habrá que aprender a acoger a ese paciente «activo», que se conduce como un «consumidor»³ de los servicios de salud, que quiere conocer la opinión de su MGF, que ha consultado Internet y tiene montones de dudas, y con el que hay que justificar los criterios en los que se basa el diagnóstico y tratamiento.

¿Cursos extremos de acción?

Los cursos extremos de acción en ética se suelen asociar a opciones moralmente inadecuadas, pues dejan de atender a algunos de los valores implicados en el problema. Abandonar la MF sería uno de ellos, pero estaría justificado en el caso de que no ofreciera un bien relevante a la sociedad; o si este no fuera un trabajo suficientemente querido por uno mismo.

¿Ofrece hoy la MF algún bien relevante a la sociedad, que no ofrecen otras especialidades? El bien específico que aporta el MGF es un conocimiento del paciente en su contexto (que no tiene el especialista o el médico de la urgencia del hospital); un cuerpo propio de conocimientos orientado a los problemas más frecuentes y graves; un conocimiento del sistema sanitario que no tienen los pacientes; unas habilidades de comunicación sin complejos ante otros especialistas; el coraje necesario para crear redes que permitan «perforar» el hospital y forzar el sistema cuando es necesario; y, en definitiva, una actitud con la que hace suya la causa de los enfermos con mayor necesidad de atención.

La MF contiene la paradoja de que lo específico suyo es precisamente ser generalista. Las competencias evolucionan de forma versátil para adaptarse a las expectativas de la sociedad, y su relación con lo científico-técnico exige

seleccionar aquellos recursos (actitudes, conocimientos, habilidades o artefactos) que amplían su capacidad de actuar a los generalistas como médicos próximos a las personas.

Por tanto, el curso de acción consistente en abandonar la MF no puede justificarse con el argumento de que esta no aporta nada sustantivo a la sociedad actual. Esto es sencillamente absurdo, al menos desde un punto de vista teórico.

Otro curso de acción extremo sería conformarse con lo que hay: bajo contenido clínico, imperio de la Ley de cuidados inversos, horario estricto, sueldo garantizado, interés tasado por muchos de los pacientes, cumplir con lo que se pide y procurar no complicarse. En esta opción prevalece el bien externo (sueldo, condiciones laborales ventajosas) ante el bien interno de la especialidad. Es una opción obviamente incompatible con los principios éticos más elementales.

Finalmente hay que subrayar que el riesgo que corre la MF es doble: ser incapaz de poner en práctica aquello que puede llegar a ofrecer y, por tanto, hacerse prescindible para la sociedad; o perder sentido como área de promoción humana, convirtiéndose en un espacio en el que el profesional se va desmoralizando. Por escaso que parezca el margen de maniobra, el abanico de posibilidades desde el limitado microcosmos de la consulta no está cerrado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Ceitlin J. Atención primaria y medicina familiar: ¿en un callejón sin salida? *Aten Primaria* 2008;40:5-6.
- The College of Family Physicians of Canada. Family Medicine in Canada. Vision for the Future. 2004 [acceso 1 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/Health%20Policy/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_English.pdf.
- Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Documento de trabajo 98/2006. (acceso 14-12-09). Disponible en: http://www.uca.es/centro/1C04/normativas/documentos/informe_profesion.
- Pedrerá Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005;35:82-8.
- Gérvás J, Starfield B, Minué S, Violan C. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. Contra el descrédito del héroe. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
- Álvarez S, Rodríguez I, Gutiérrez P, Luaces A, Fernández MA, De Prada M, et al. Bioética de la gestión del tiempo: ¿tiene sentido lo que hago en la consulta? *Aten Primaria*. 2009;41:524-5.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. El sistema sanitario en España. Análisis de la situación y alternativas para su mejora. 2009 [acceso 12 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://fadsp.es/obsmadrid/attachments/179_EL%20SISTEMA%20SANITARIO%20EN%20ESPANA.ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20Y%20ALTERNATIVAS%20PARA%20SU%20MEJORA.%20Mayo%202009.pdf.
- Simó Miñana J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. *Aten Primaria*. 2009;41:572-7.
- Gené Badía J, Contel Segura JC, Jodar G. Yes, we can. *Aten Primaria*. 2009;41:181-3.
- Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes. 2003. [acceso 15 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.fbjoseplaporte.org/docs/Declaracion_Barcelona_2003.pdf.
- Campanella JJ. El secreto de sus ojos [filme]. Argentina: Distribution Company; 2009.
- Pérez Oliva M. Entrevista: Albert Novell. El médico paciente. El País. [acceso 17 de noviembre de 2009] Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/portada/medico/paciente/elpepote/20060416elpepspor_1/Tes.
- González E. Medicina y nazismo: un binomio mortífero. *Diario médico*. 1 de octubre de 2009 [acceso 5 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2009/10/01/area-profesional/entorno/medicina-nazismo-binomio-mortifero>.
- Hart T. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;1:405-12.
- Jovell AJ. Cáncer: Biografía de una supervivencia. Barcelona: Planeta; 2008.
- Zubiri X. Sobre el hombre. Madrid: Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri; 2007.
- Zubiri X. Inteligencia y logos. Madrid: Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri; 2008 p. 70.
- Loayssa JR, Ruiz R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Primaria* 2009;41:646-9.
- Shanafelt T, Sloan J, Habermann T. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003;114:513-7.
- Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Bennis TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000;15:122-8.
- Grol R, Mokkink H, Smits A, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract*. 1985;2:128-35.
- Shanafelt T. Enhancing Meaning in Work. A prescription for Preventing Physician Burnout and Promoting Patient-Centered Care. *JAMA*. 2009;302:1338-40.
- Borrell F. Equipos de salud: ¿problema o solución? *Aten Primaria* 2009;41:73-5.
- Grupo de Trabajo de Gestión Clínica. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Lo que no hay que hacer para desburocratizar la atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:273-4.
- Moliner C, Garrido A. XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): «Siempre con las personas». *Aten Primaria*. 2008;40:485-6.
- Planes A. Sin excusas. *Aten Primaria*. 2008;40:113-4.
- Gérvás J. Atención Primaria de Salud, política sanitaria y exclusión social. Texto preparado como soporte técnico para el VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA; 2008. [Acceso 5 de noviembre de 2009]. Para el apartado 4.5 «acceso, estructura y uso del Sistema Nacional de Salud: efecto sobre las desigualdades en salud y la exclusión social». Disponible en: http://www.foessa.org/Componentes/ficheros/file_view.php?OTg0Nw%3D%3D.
- Bosch-Fontcuberta JM. El tiempo no sólo es oro, es sobre todo dignidad profesional. *Aten Primaria*. 2006;37:69-77.
- Tamborero G, Campillo C. La ética de los incentivos. *Aten Primaria*. 2008;40:165-6.
- Freire JM. Evolución, Situación y Retos de la Atención Primaria en España. Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Salud. España. En: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMARIOS. 21 de febrero de 2008. [acceso 14 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.hospitaldefuturo.com/imagenes/Jo-se-Manuel%20Freire.pdf>.

31. Martínez N. Participación de los médicos en la gestión de los centros sanitarios. *Aten Primaria*. 2008;40:487-8.
32. Castellani B, Hafferty FW. The Complexities of Medical Professionalism. En: *Professionalism in Medicine*. New York: Springer; 2006.
33. WONCA EUROPE. La definición europea de Medicina General/ Medicina de Familia. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2002 [acceso 14 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Wonca%20definition%20spanish%20version.pdf>.
34. Gené Badía J. Los médicos que no amaban los hospitales. *Medical Economics*. 2009;118:38-9.
35. Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP; 2005 [acceso 14 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc/>.
36. Pepid Medical Information Resources. Chicago: Pepid; 2001 [acceso 14 de diciembre de 2009] Disponible en: <http://www.pepid.com/products/all/>.
37. Martín-García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008;40:277-84.
38. Gérvas J. Salud y política: una relación sin inocencia. *Aten Primaria*. 2008;40:277-84.