

Marco ético de la Sociedad Española de Cardiología (versión resumida)

Manuel de los Reyes López^a, Cándido Martín Luengo^b, Josep Brugada Terradellas^c, Ginés Sanz Romero^c, Rosa María Lidón Corbí^d y Fernando Martín Burrieza^e

^aComisión de Asesoría Ética. Presidente; Coordinador del Informe. Instituto de Cardiología. Madrid. España.

^bComisión de Asesoría Ética. Hospital Clínico. Universidad de Salamanca. Salamanca. España.

^cComisión de Asesoría Ética. Hospital Clínico. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

^dComisión de Asesoría Ética. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

^eComisión de Asesoría Ética. Secretario. Sociedad Española de Cardiología. Madrid. España.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha elaborado su «marco ético». Este documento se estructura en 2 partes diferenciadas que tratan sobre la responsabilidad de la SEC como organización y de los profesionales en tanto que socios. La SEC propone a sus miembros unas pautas de actuación en su práctica diaria, establece un horizonte de compromiso cívico como asociación científica, y desea que las reflexiones, las recomendaciones y los consejos reflejados sirvan para debatir responsablemente sobre los problemas éticos de nuestro quehacer.

Palabras clave: Valores éticos. Conflictos de interés. Ética de directivos. Ética editorial. Guías de práctica clínica. Bioética clínica. Bioética organizacional. Responsabilidad y profesión médica. Investigación y bioética. Relaciones médico-industria. Recursos sanitarios.

Spanish Society of Cardiology Ethical Framework (Executive Summary)

The Spanish Society of Cardiology (SEC) has produced an Ethical Framework Document. This document is divided into two distinct parts that deal, respectively, with the responsibilities of the SEC as an organization and the responsibilities of its professional members. The SEC makes recommendations on how its members should carry out their daily clinical practice, provides a professional perspective on public commitments as a scientific association, and aims to ensure that any views, recommendations, and advice expressed provide the basis for an informed debate on ethical problems in our field of work.

Key words: Ethical values. Conflict of interest. Management ethics. Publishing ethics. Clinical practice guidelines. Clinical bioethics. Organizational bioethics. Responsibility and the medical profession. Research and bioethics. Medical-industrial relations. Health resources.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

PREÁMBULO

La Sociedad Española de Cardiología (SEC), consciente de sus responsabilidades, creó una Comisión de Asesoría Ética para elaborar un «marco ético». Su

El documento completo incluye un amplio glosario de términos y puede obtenerse en www.secardiologia.es; allí se citan los consultores que aportaron sugerencias o comentarios y a quienes la SEC quiere expresar públicamente su agradecimiento.

Los autores manifiestan que no han recibido financiación alguna, no tenían conflictos de interés ni los han adquirido en relación con el documento y que han dispuesto de autonomía para realizar este trabajo.

Correspondencia: Dr. M. de los Reyes López.
Instituto de Cardiología. Pabellón 1, Facultad de Medicina (UCM).
Plaza Ramón y Cajal, s/n. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: mdelosreyes@telefonica.net;
ejecutivo@secardiologia.es

contenido responde a preocupaciones institucionales de la SEC y se ha pretendido que el lenguaje fuera matizado, sobre todo en la versión íntegra [www.secardiologia.es]. Con él, la SEC contribuye a fomentar el diálogo con las instituciones, las organizaciones y las administraciones interesadas en la transparencia de sus actividades, y se ofrece a ellas como foro de encuentro.

RESPONSABILIDADES DE LA SEC COMO ORGANIZACIÓN

El marco ético de la SEC

Justificación

La SEC es una asociación científica y profesional sin ánimo de lucro que agrupa a la gran mayoría de

cardiólogos españoles y a otros profesionales no cardiólogos implicados en el abordaje de los problemas cardiovasculares. La mejora continua de su formación para que puedan realizar una práctica de excelencia y el fomento de la investigación en este campo son los ejes fundamentales de su actividad¹.

Los destinatarios de este informe son todos los miembros de la SEC. Todos ellos asumirán implícitamente la postura oficial de la Sociedad, pero ésta no puede amparar cualquier conducta profesional de sus asociados y más aún si entra en conflicto grave con sus deberes institucionales.

Los valores éticos y la excelencia

La ética de una sociedad científica o de una empresa ya no se puede centrar en la mera elaboración de un código ético, sino que debe abarcar una nueva cultura moral de la «responsabilidad convencida y compartida» para toda la organización, sobre todo a la hora de desarrollar y aplicar sistemas de acreditación o evaluación de la calidad²⁻⁵.

La SEC quiere hacer explícitos ciertos valores éticos orientados a la acción, imprescindibles todos para generar y afianzar la confianza en sus relaciones institucionales, en aras de una ética de la responsabilidad^{6,7}:

1. Integridad. Coherencia entre lo que se dice, lo que se escribe y lo que se hace.

2. Confidencialidad. Deber de respetar la intimidad y la privacidad en la relación asistencial, así como la protección de los datos de salud.

3. Confianza. En virtud de la credibilidad y la alta reputación que la Sociedad merezca a terceros para ofrecer un buen servicio a los ciudadanos, una atención sanitaria de calidad a los pacientes y calidad de vida a los usuarios, formación continua a sus socios, cooperación franca con empresas del sector sanitario, así como generar respeto y consideración de otras asociaciones científicas e instituciones sociales.

4. Independencia. Libertad de información y de acción en el campo de las enfermedades cardiovasculares sustentada en un sólido conocimiento de la realidad española, de la asistencia sanitaria y de la investigación en este campo. Autonomía en la gestión de sus recursos.

5. Veracidad. Transparencia en las actuaciones, en la declaración de los conflictos de interés y en los mecanismos de auditoría. Ofrecer inteligibilidad y rigor en las informaciones de salud, así como facilitar a los medios de comunicación una divulgación científica alejada del sesgo o engaño.

6. Dignidad. Respeto y fomento de los derechos humanos sin discriminación de cualquier tipo, condición o circunstancia personal o social.

7. Diálogo. Actitud abierta y participativa hacia sus asociados, otros profesionales de la salud y el resto de

ciudadanos, entidades, asociaciones y organizaciones, en la búsqueda de acuerdos.

8. Compromiso cívico. Desarrollo de la cardiología en los ámbitos local y regional, así como colaboración con las administraciones estatal y autonómicas en la organización sanitaria de nuestro país y en la mejora de la salud cardiovascular de los ciudadanos. Esta responsabilidad cooperativa implica capacidad de respuesta ante las necesidades, las expectativas y las demandas sanitarias de la comunidad sobre bases de justicia y solidaridad, que trasciende nuestras fronteras en el mundo de la globalización.

9. Justicia distributiva. Aplicación de criterios de eficiencia y equidad en la acción, en el marco del Sistema Nacional de Salud.

10. Legalidad. Cumplimiento de las leyes y demás normativa vigente, sin que por ello se agote el ámbito de las obligaciones éticas.

Conflictos de intereses

En sus relaciones institucionales, la SEC ha mantenido y expresado modos de conducta exigentes acordes con las orientaciones de colegios profesionales^{8,9} y agencias reguladoras de nuestro país, además de seguir las orientaciones emanadas de sociedades científicas de gran prestigio¹⁰⁻¹⁶. La SEC reafirma su postura de que, en un marco de obligada regulación legal, puede desarrollarse la autorregulación moral mediante el establecimiento de criterios y estándares de excelencia.

Es frecuente que los individuos tengan dualidad de intereses o de lealtades que pueden converger o divergir, por ejemplo, entre el bienestar del paciente (beneficencia) y el interés de la institución o de la empresa (beneficio, productividad incentivada). Siempre que eso ocurra o haya sospechas de posible conflicto de intereses en las relaciones sanitarias, éste se debe declarar. Ahora bien, la mera existencia y declaración del conflicto de intereses nunca debe ser utilizada para prejuzgar la profesionalidad de un clínico, la honestidad de un investigador o la validez científica de un trabajo^{17,18}.

El término «conflicto de intereses» se aplica a aquellas situaciones en las que un interés secundario y siempre de tipo personal –económico, ideológico o profesional– puede anteponerse a un interés primario –sea el bienestar de los pacientes atendidos, la obtención de conocimiento válido generalizable en investigación, el interés de la ciencia o de la sociedad– y condicionar la capacidad de juicio presuntamente independiente del profesional. El interés secundario no tiene por qué ser ilegítimo o malo en sí mismo, incluso puede ser deseable, pero lo que se cuestiona es el peso relativo de esos intereses sobre el interés primordial¹⁸.

Educación médica continuada

La SEC, protagonista. Papel de la industria

La SEC, cuyo fin último es el bienestar de los pacientes y el interés por el bien común de la sociedad, tiene entre sus metas las siguientes¹:

– Promover, coordinar y desarrollar programas científicos, además de ofrecer información y educación sanitaria al público general.

– Participar activamente en la formación continua de sus socios y de todos los profesionales que desarrollan su actividad en el área cardiovascular.

La SEC es una entidad sin ánimo de lucro y, por ello, está obligada a conseguir los recursos necesarios para alcanzar los objetivos educativos que exige la sociedad a sus profesionales¹.

En otro orden, la industria farmacéutica y las empresas de tecnología médica son fuente importante de avances en medicina y desean difundir los resultados de ensayos clínicos relacionados con sus propios productos¹⁹. Asimismo, cumplen importantes tareas de apoyo –de muy diversa naturaleza y valoración– en la formación continuada de los médicos y, en menor medida, de otros profesionales de la salud²⁰. Por tanto, ambas partes –empresas e industria y los propios médicos– se necesitan mutuamente.

La SEC fomentará siempre el juicio independiente y la profesionalidad de sus miembros, para ayudarles a discernir entre la promoción de dichos productos y la información y educación médica imparcial. Por ello, ha decidido precisar sus relaciones con las empresas farmacéuticas y de tecnología médica, y ha animado a sus socios a que manifiesten cotas elevadas de profesionalidad y actitudes juiciosas en el plano deontológico individual^{20,21-24}.

Transparencia y responsabilidad en el patrocinio de actividades y financiación

La SEC tiene básicamente intereses públicos, y la industria y las empresas sanitarias tienen intereses privados de potencial beneficio económico. Por eso, la relación entre ellas debe regirse dentro de un marco ético de transparencia y mutua aceptación, que garantice la independencia en los contenidos formativos con el fin de evitar posibles conflictos de interés^{7,20,22,25-27}. Urge a todos los sectores implicados poner más orden, racionalidad, equilibrio y mesura ante la inflación y la repetición de actividades en este terreno; esto tiene costes muy elevados y la aceptación acrítica ya no es posible, incluso aunque se imponga la competitividad de una sociedad de mercado.

Toda actividad avalada o patrocinada por la SEC debe ser acorde con los valores éticos que se ha impuesto como institución. La SEC debe evaluar el grado

de dependencia que tiene de las fuentes externas de financiación para asegurarse de que sus actividades esenciales de formación médica continuada puedan realizarse aunque disminuyan dichos apoyos económicos. La independencia de la SEC se sustentará en la diversidad de esas fuentes y en su capacidad científica crítica para llevar a cabo una actuación imparcial y no sesgada²⁸⁻³⁰. Para ello realizará programas estratégicos de sus actividades a medio y largo plazo ligados a la fijación de objetivos cualitativos y cuantitativos.

El Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares

Consideraciones básicas

El principal acontecimiento anual de la SEC es el Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares¹, donde se difunde el conocimiento médico actualizado de nuestra especialidad. En el programa científico del Congreso, las actividades de formación se agrupan en torno a dos modalidades: programa oficial (mesas redondas, sesiones de controversia, conferencias, cursos de formación continuada, focos, talleres) y programa no oficial (mesas redondas patrocinadas por la industria).

Líneas de conducta de la SEC

La SEC organiza su Congreso anual con un alto sentido y contenido éticos, por lo que queda circunscrito a una estricta reglamentación de patrocinio y acreditación de actividades formativas^{20,31}. La SEC ha desarrollado con detalle un código sobre financiación y relaciones externas del Congreso, así como mecanismos adecuados y eficaces para conseguir su cumplimiento efectivo³².

Órganos y equipos directivos de la SEC

Incumbencia

Mantener una relación de confianza entre los socios y los cargos directivos de la SEC es vital para preservar la esencia y la cohesión de una sociedad científica¹³⁻¹⁶. El socio debe saber que cualquier cargo directivo en el ejercicio de sus funciones actúa siempre movido por el interés general de la SEC. Todos ellos actuarán siempre con veracidad, transparencia, equidad y estricto sentido científico-técnico en sus decisiones dirigidas a los socios, sin olvidar los posibles conflictos de interés que pudieran suscitarse^{1,10-12}.

Desde esta perspectiva, se han articulado unas maneras de actuar que son aplicables a los siguientes cargos directivos de la SEC:

– Comité ejecutivo: Presidente, Presidente electo, Presidente anterior, Vicepresidente, Vicepresidente

electo, Secretario General, Vicesecretario, Tesorero, Vocal de Sociedades Filiales, Editor Jefe de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA (también están incluidos los editores asociados) y Director Ejecutivo de la SEC.

– Secciones científicas y grupos de trabajo: Presidente, Secretario y Vocales.

– Sociedades filiales: Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y Vocales.

Ámbitos de las relaciones

Industria farmacéutica, empresas de tecnología sanitaria y otras. Los cargos directivos de la SEC representan a un variado colectivo de socios que confía en que su gestión sea eficaz y transparente. La imagen del directivo debe ser un modelo de rigor en todas las parcelas donde puedan suscitarse conflictos de interés y debe inspirar confianza. La colaboración con las diferentes empresas debe respetar los objetivos de cada una de las partes, pero el esfuerzo de ambas debe ir dirigido fundamentalmente a incrementar la capacidad formativa e investigadora de todos los miembros de la SEC^{22,26,27}. Hay varios campos donde pueden presentarse conflictos: asesoría técnica profesional, cursos de formación continua, reuniones científicas, conferencias, simposios, mesas redondas, jurado de premios o becas.

Medios de comunicación. Los cargos directivos que transmitan información especializada a los medios de comunicación –prensa de carácter general, radio, televisión e internet– se atenderán a las normas éticas establecidas por la SEC.

Instituciones públicas, en las áreas de sanidad y educación. El Comité Ejecutivo de la SEC y sus sociedades filiales promoverán contactos con el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Salud, a fin de realizar programas de actuación conjunta y otras propuestas de interés para la SEC y sus socios, para los pacientes y el resto de ciudadanos. La SEC mantendrá relaciones con el Ministerio de Educación y Cultura, con otros organismos de la Administración central o de las comunidades autónomas, y con las universidades, para analizar y desarrollar las posibilidades académicas de los cardiólogos españoles en las enseñanzas de pregrado y posgrado.

La investigación es uno de los objetivos clave que promueve y fomenta la SEC, por lo que será necesario incrementar la colaboración con las instituciones científicas españolas e internacionales del más alto nivel e implicarse en las diversas redes temáticas de I + D + i (investigación-desarrollo-innovación).

Sociedades científicas. La SEC continuará y ampliará sus relaciones con todas las sociedades científicas españolas que estime pertinente y con las sociedades

internacionales de su especialidad o de ciencias afines que considere oportuno.

Fundación Española del Corazón. La Fundación Española del Corazón es una entidad privada sin ánimo de lucro. Es el auténtico brazo social de la SEC y cumple una misión fundamental de contacto con los ciudadanos, pues su fin es promover y preservar la salud cardiovascular de la población en general¹. La SEC apoyará decididamente las iniciativas que proponga la Fundación y que considere interesantes para lograr sus fines institucionales.

Publicaciones científicas

Un objetivo primordial de la SEC

La SEC es responsable de transmitir la información científica relevante en su campo, a través de la formación continuada y mediante todos los medios de comunicación posibles. Asimismo, quiere ser cauce de expresión de los avances que se produzcan en la asistencia y la investigación cardiovascular, con la publicación de los correspondientes trabajos en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, en las publicaciones de la Agencia Editorial o en la página web de la SEC.

La SEC velará por la máxima imparcialidad en los contenidos de sus publicaciones para que se ajusten a los criterios de calidad y veracidad, sobre todo en los escritos que representan su posición oficial. Igualmente, regulará los posibles conflictos de interés en todas sus publicaciones científicas, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas^{25,33,34}.

Responsabilidad del equipo editorial y los revisores

Los editores y los revisores de las publicaciones de la SEC no están eximidos de declarar sus posibles conflictos de interés, y deberán abstenerse de participar en la evaluación de ciertos manuscritos que puedan generar dudas o ambigüedades sobre su independencia editorial^{18,34}.

Los trabajos científicos siempre deben ser valorados en sí mismos, sin prejuicios respecto a su procedencia, autoría o financiación, con objeto de detectar fraudes antes de su publicación³⁵⁻³⁷. La política editorial de la SEC es clara en estos asuntos y exige a los autores la declaración completa de potenciales conflictos de interés.

Tipos de publicaciones de la SEC

Documentos oficiales. Son los que representan la postura oficial de la SEC en un tema concreto, tras la obligada deliberación.

Documentos no oficiales. Son los que la SEC utiliza para la formación continua de sus socios, están creados no sólo por miembros de la propia Sociedad pero no expresan la posición oficial de la SEC.

Artículos de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. Los artículos originales que se publican representan exclusivamente la posición de sus autores. REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, mediante un riguroso proceso editorial de evaluación, puede valorar la calidad científica de los datos y su relevancia, pero no dispone de medios para comprobar su veracidad; ésta es responsabilidad exclusiva de los autores del trabajo^{34,36}.

Se deben cumplir unos requisitos muy concretos para merecer la consideración de autor y se debe diferenciar al responsable directo del manuscrito final y al garante de su contenido científico global³⁵.

Guías de práctica clínica

Concepto y finalidad

La necesidad de elaborar guías de práctica clínica (GPC) surge como respuesta a la complejidad y la conflictividad del quehacer médico^{25,38}. Se definen como un conjunto de instrucciones, directrices, afirmaciones o recomendaciones –actualizadas y desarrolladas de forma sistemática– sobre los procedimientos diagnósticos que se utilizarán ante todo paciente con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud³⁹⁻⁴⁴. Su propósito es ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones sobre la modalidad de asistencia sanitaria apropiada para unas circunstancias clínicas específicas⁴⁵⁻⁴⁸.

La creación de unas GPC persigue diversos objetivos de distinto alcance^{45,49-51}:

- Facilitar la adopción correcta de decisiones clínicas.
- Promover la utilización apropiada de tecnologías médicas.
- Mejorar la calidad asistencial y el uso adecuado de los recursos disponibles.
- Respetar derechos y deberes reconocidos de los pacientes, usuarios y profesionales.
- Incrementar la seguridad jurídica de los médicos y la certeza médica de los jueces.
- Disminuir la litigiosidad y judicialización de la actividad sanitaria.

Funcionalidad de las guías de práctica clínica

La SEC asume como propias las correspondientes GPC de la Sociedad Europea de Cardiología⁵². A tal efecto, ha adoptado criterios de adaptación de estas GPC según el criterio de expertos de sus secciones

científicas y grupos de trabajo, y ha realizado comentarios específicos a pie de página en la versión publicada en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA⁵³.

Se recomienda que toda GPC incorpore unas consideraciones éticas básicas previas a su desarrollo científico o técnico^{13,15,45}. También se aconseja incluir criterios de coste-efectividad en las decisiones^{54,55}.

Su valor en el ámbito sanitario

Las GPC constituyen recomendaciones sobre los modos correctos de proceder, basados en la mejor evidencia disponible hasta ese momento; por ello, su valor en el ámbito sanitario debe precisarse^{45,56}:

- Debieran ser planteadas siempre como criterios recomendados, no como estándares de calidad.
- No obligan por igual en todos los casos, sino que su aplicabilidad varía según las circunstancias particulares y los diversos contextos.
- No deben tener en cuenta sólo criterios médicos, sino también considerar la voluntad de los pacientes, según la doctrina actual del consentimiento informado.
- Una vez que han sido redactadas y difundidas, deben ser seguidas por los profesionales en su práctica.
- Los profesionales y la propia SEC deben evaluar el cumplimiento de las GPC y su impacto real sobre la salud de la población.

RESPONSABILIDADES DE LOS PROFESIONALES, COMO SOCIOS DE LA SEC

El médico y su ejercicio profesional

El sentido de la profesión

La encrucijada del médico ante los fines de la medicina. Los verdaderos fines de la medicina son⁵⁷⁻⁵⁹:

- La prevención de la enfermedad y las lesiones, y la promoción y el mantenimiento de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por la enfermedad y las dolencias.
- La asistencia y la curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.
- Evitar la muerte prematura y velar por un morir en paz.

Según esto, hoy día se puede afirmar que la función social del médico es múltiple^{12,45,60-62}:

- Debe ser valedor de los derechos del paciente y estar, por principio, al servicio de la persona enferma.
- Debe ser promotor de la salud, comunicador y educador sanitario de la población.

- Es prescriptor y utilizador de tecnología sanitaria, tanto en la investigación clínica como en la asistencia.
- Es gestor de recursos y uno de los agentes del sistema sanitario.

Todo ello puede causar cierta crisis de identidad profesional, la aparición de tensiones en el ámbito sanitario, el consiguiente desgaste profesional y la desmoralización⁶³. Esto es así porque la práctica clínica es compleja y a veces conflictiva, y en ella deben dirimirse cuestiones problemáticas: se actúa siempre en el terreno de la incertidumbre, se sopesa la evidencia científica disponible, se hacen continuamente juicios clínicos sobre hechos y juicios éticos sobre valores, se asume la responsabilidad ética y jurídica derivada de la libertad del acto clínico y, finalmente, se toman decisiones entre lo óptimo individual para cada paciente concreto y lo óptimo social para la colectividad^{45,64,65}.

Lex artis. Riesgos y peligros. Es obligación de la medicina definir en cada momento los criterios científicos generales de actuación o de «buena práctica», y a eso se le llama *lex artis*; se trata de un criterio valorativo de la corrección de un determinado acto médico o de un comportamiento profesional⁶⁶. Dada la diversidad de situaciones clínicas, pacientes y contextos sanitarios, es imprescindible establecer criterios prudentes de actuación según determinadas circunstancias, *lex artis ad hoc*. La malpraxis o mala práctica supondrá no ajustarse a *lex artis*⁶⁷⁻⁶⁹.

Las denuncias contra médicos por presunto error, imprudencia o negligencia se han incrementado durante los últimos años en España. La práctica médica conlleva la realización de unos procedimientos e intervenciones con riesgo variable y consecuencias no siempre satisfactorias para los pacientes y, a veces, la no curación se ve como un fracaso o incluso un error al haberse creado falsas o desmesuradas expectativas⁷⁰.

Marco ético de la práctica profesional

Una reflexión imprescindible. La responsabilidad ética implica el respeto de los principios éticos que rigen el ejercicio de nuestra profesión médica; la responsabilidad jurídica se satisfará cumpliendo las exigencias de diligencia debida y los mandatos de leyes civiles, penales y administrativas^{45,71}. La sociedad establece unos mínimos acerca de lo que considera maleficiente –ignorancia, impericia, negligencia, imprudencia– pero no respecto a lo que se denomina la excelencia profesional^{10,11,13-15,72,73}.

Principios bioéticos. Desde el siglo IV a.C. –juramento hipocrático– la profesión médica ha tratado de establecer sistemas de autocontrol para evitar o paliar la mala práctica^{71,74-76}. Los valores que entran en juego en los problemas que se discuten actualmente en bioé-

tica giran en torno a 4 principios, enunciados del siguiente modo⁷⁷⁻⁸²:

- No maleficencia: no se debe hacer daño o perjuicio deliberadamente a otro, por acción u omisión. Tiene que ver con la competencia del médico y está definido por la *lex artis* y los criterios de indicación, no indicación y contraindicación.
- Autonomía: se deben respetar las preferencias de las personas capaces. Se identifica con la capacidad de tomar decisiones y de gestionar aspectos de la propia vida y muerte.
- Justicia: deben distribuirse de forma equitativa las cargas y los beneficios entre los miembros de la sociedad. Se emplea «justicia distributiva» al hablar de los recursos sanitarios.
- Beneficencia: se debe hacer el bien a las personas y respetar sus respectivos ideales de vida buena.

Los 4 principios admiten cierta jerarquía entre ellos y ninguno tiene carácter absoluto, lo que significa que todos pueden admitir excepciones; éstas siempre han de plantearse como un mal menor, nunca pueden convertirse en norma. La carga de la prueba, o la obligación de justificar racionalmente la decisión, la tendrá quien planteé la excepción^{83,84}.

Recientemente se ha definido con pretensión universal el «estatuto de la profesión médica», que agrupa sus principios fundamentales en 3⁸⁵:

- Primacía del bienestar del paciente, cuya base es la confianza y el altruismo.
- Respeto a la autonomía del paciente, con especial énfasis en el proceso de información.
- Promoción de la justicia social, mediante el establecimiento y el desarrollo de sistemas de atención sanitaria justos que eviten la discriminación.

Objeción de conciencia. La objeción de conciencia se refiere a aquello que el profesional considera inmoral y que la ley no prohíbe por no estar tipificado como maleficiente o injusto. Cuando el médico afronta una objeción de conciencia convencida no cesan sus deberes^{89,14}, pues tiene la obligación de prestar atención médica respetuosa a los pacientes afectados por el problema, antes y después de que se sometan al acto objetado y siempre en casos de urgencia vital. Asimismo, no cabrá la doblez moral de objetar en el ámbito público y no hacerlo en el privado, mediando afán de lucro, prebendas o cualquier otra circunstancia injustificada.

Marco jurídico de la práctica profesional

Valoración de la responsabilidad médica. El Derecho define que una intervención médica es correcta si está médicamente indicada, se ha realizado de acuerdo con la *lex artis* y se llevó a cabo con el consentimiento

del paciente. El médico tiene responsabilidad penal de sus actos cuando el hecho incriminado constituya una infracción voluntaria –con dolo o intención–, imprudente o negligente, tipificada como falta o delito. Para hablar de responsabilidad civil hay que demostrar que ha habido incumplimiento de la obligación del médico de realizar los actos exploratorios, diagnósticos y terapéuticos que el estado actual de la ciencia requiere para el abordaje correcto de una enfermedad concreta⁸⁶⁻⁹².

En España, la responsabilidad del médico se enjuicia actualmente en tres ámbitos procesales: contencioso-administrativo (medicina pública), civil (medicina privada) y penal (medicina privada y pública). Varios elementos han de concurrir para poder estimar responsabilidad médica en el ámbito penal o en el civil:

- Que el paciente haya sufrido un daño real y efectivo.
- Que haya una relación de causa-efecto entre el acto médico y el daño sufrido por el paciente.
- Que haya incumplimiento de la norma de cuidado.

Habitualmente, la carga de la prueba recae en el reclamante; sin embargo, se tiende a desplazarla hacia el médico basándose en la «facilidad probatoria», pues para éste sería más fácil acreditar que ha actuado ajustándose a la *lex artis* que al paciente demostrar lo contrario.

El trabajo en equipo. Médicos residentes. Un equipo de trabajo no sólo debe compartir conocimientos y habilidades sino también actitudes; sus relaciones se deben regir por criterios de jerarquía y coordinación. Para deslindar responsabilidades dentro del equipo se han postulado 2 principios⁹³: confianza, pues quien actúa correctamente debe confiar en que los demás también lo harán; y división del trabajo, consecuencia de la especialización y del progreso científico.

Las relaciones entre médicos y enfermeras conjugan 2 modelos: vertical, con relaciones de supra y subordinación, y horizontal, con atribuciones propias e indispensables de la enfermería.

El médico residente ha de participar activamente en el proceso de información al paciente y en su asistencia integral, de acuerdo con el nivel de formación y aprendizaje marcado en su programa de especialización correspondiente y con el grado de control, tutela y supervisión por el médico especialista que en aquél se indique^{94,95}. Las relaciones entre el médico residente y el especialista se ajustan a la modalidad de división del trabajo vertical y de confianza tutelada.

El médico y la relación clínica

La información y el consentimiento son cuestiones éticas y jurídicas

La relación clínica entre los profesionales sanitarios y los pacientes o usuarios se ha ido modificando debi-

do al reconocimiento jurídico de la autonomía moral de las personas para tomar decisiones sobre su vida, su salud y su propio cuerpo⁹⁶⁻⁹⁸. Los procesos de información y consentimiento son básicamente verbales y deben desarrollarse en un clima de confianza; por eso es necesario que el profesional cultive ciertas habilidades de comunicación para la entrevista clínica y para enfrentarse a situaciones emocionales^{89,99,100}.

Todo paciente debe conocer siempre quién es el médico responsable de darle la información pertinente y de coordinar las decisiones clínicas. El deber de informar y obtener el consentimiento del paciente constituye una obligación ética y legal del médico. Aunque hay límites al deber de informar, siempre serán excepciones de las que hay que dar razón^{89,99}.

El consentimiento informado es un proceso verbal. Los formularios escritos

No se debe reducir el proceso de consentimiento informado a una firma en el formulario escrito; éste debe servir de apoyo al diálogo previo. En cualquier caso, la información suministrada debe ser adecuada, veraz, inteligible, comprensible y adaptada a las necesidades y demandas de cada paciente. Es obligado hablar siempre de los riesgos típicos de cada procedimiento y los riesgos personalizados particulares^{99,101}. La incapacidad física o psíquica del paciente es una de las excepciones del consentimiento personal; en esos casos, la información tendrá que facilitarse al propio incapaz, siempre que sea factible, y a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho^{89,102-107}.

La SEC ha definido los riesgos típicos de las diferentes actuaciones médicas de la especialidad, ha señalado los procedimientos que precisan consentimiento informado escrito y los requisitos de estos formularios¹⁰⁸; asimismo, ante el problema de las listas de espera, ha establecido criterios científicos de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en las enfermedades cardiovasculares¹⁰⁹.

Confidencialidad, intimidad, secreto y protección de los datos de salud

La confidencialidad es un derecho primordial del paciente que tiene su contrapartida: el deber del médico de respetar la intimidad y la privacidad del otro en la relación asistencial^{13-15,110}. Se puede hablar de 2 derechos fundamentales: a la intimidad personal y familiar y a la protección de datos personales^{111,112}.

El médico tiene el deber de secreto con cada paciente porque utiliza información sensible sobre su cuerpo, su salud o su vida. Es un secreto compartido extensivo a otros miembros del equipo –médicos, enfermeras u otros profesionales– siempre y cuando estén relacionados directamente con su atención sanitaria. Se puede romper el deber de confidencialidad para evitar un

daño al paciente o a terceras personas, o por imperativo legal, pero siempre que el médico deba hacerlo informará al paciente afectado^{113,114}.

Valor de la historia clínica

La historia clínica es un conjunto de documentos con valor ético y jurídico. La responsabilidad del médico abarca su correcta cumplimentación, integración y actualización, ya que incorpora sus valoraciones subjetivas y las de otros profesionales implicados en la asistencia. Los centros sanitarios deben garantizar la protección de los datos de salud de todos los pacientes y usuarios incorporados a sus archivos^{89,114,115}.

El acceso a la historia clínica está restringido al personal sanitario con responsabilidad directa en el tratamiento y los cuidados del paciente; otro personal ajeno sólo podrá comprobar ciertos datos de carácter administrativo. El uso de datos de salud informatizados para su análisis estadístico, epidemiológico o de inspección se hará con las debidas garantías legales, siempre de manera anónima y dissociada. El acceso del paciente a su propia historia clínica es un derecho reconocido con algunas limitaciones –las anotaciones subjetivas de los profesionales– en tanto no se menoscaben los derechos de terceras personas. En los casos de acciones judiciales contra los profesionales sanitarios, el juez podrá recabar la historia clínica como prueba pericial, debiendo precisar la finalidad de su petición^{113,114,116}.

Investigación biomédica en seres humanos

Los avances científico-técnicos en biomedicina deben estar al servicio de la persona enferma y contribuir a su salud, desarrollo y plenitud. La existencia de pruebas científicas distingue las prácticas validadas de las empíricas, y el procedimiento de validación es la investigación clínica; ésta, antes que justificación ética, debe tener una justificación lógica^{77,117-123}.

Todo comité de ética para la investigación clínica debe analizar los aspectos metodológicos, éticos y legales de los ensayos clínicos en seres humanos, con arreglo a los principios de la bioética^{18,37,70,77,124-130}:

- No maleficencia: corrección técnica del ensayo y competencia del equipo investigador, validez científica, moralidad del uso del placebo.

- Justicia: equidad en la selección poblacional, compensación de posibles daños, utilidad social y repercusión económica del ensayo, conflictos de intereses de todos los implicados.

- Autonomía: validez y autenticidad del proceso de consentimiento informado; confidencialidad de los datos.

- Beneficencia: asignación correcta a grupos de tratamiento, relación beneficio/riesgo no desfavorable, protección de grupos vulnerables.

El médico y la sociedad

Escenarios de resolución de conflictos. El médico como perito

Un primer ámbito para deliberar sobre los problemas éticos en las instituciones sanitarias son los comités de ética asistencial, que tienen carácter consultivo y son pluridisciplinarios¹³¹. Dada la creciente tendencia a judicializar el mundo sanitario, también se debería intentar resolver muchos conflictos menores en el marco de tribunales de arbitraje, a fin de lograr acuerdos entre las partes discrepantes y evitar las vías judiciales ordinarias^{132,133}.

La SEC, en su campo, apoyará la colaboración entre cardiólogos peritos y médicos forenses en lo referente a la gestión de riesgos, el estudio de los errores médicos y la valoración del daño corporal. La SEC advierte de que es incompatible la función pericial y asistencial al mismo paciente y exhorta a cultivar ciertas actitudes al realizar un informe pericial: objetividad, imparcialidad, rigor, veracidad, prudencia, juicio crítico ponderado, independencia y no excederse en sus competencias o capacidad^{70,92,134-136}.

Cuestiones de justicia distributiva sanitaria. Eficiencia y equidad

Nuestro Sistema Nacional de Salud se fundamenta en un conjunto básico de valores –equidad, calidad, participación ciudadana– que pretenden su cohesión^{90,137}. Según esto, el Estado ha de ser promotor de la justicia social y el sistema público de salud tiene dos obligaciones: cubrir las prestaciones que estén suficientemente validadas y distribuir equitativamente los recursos de que dispone¹³⁸⁻¹⁴⁵. La SEC apela al compromiso responsable de sus socios, de todos los profesionales sanitarios, de los ciudadanos en general, de la sociedad en su conjunto, y especialmente de los poderes públicos, para lograr la mayor eficiencia y equidad posibles.

Un debate sobre la eficiencia exige analizar cuestiones candentes¹⁴⁶⁻¹⁵⁰: el uso racional y sensato de medicamentos, utillaje y equipamiento sanitario; el uso apropiado, inapropiado o dudoso de pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos; el adecuado abordaje de la incapacidad laboral de los pacientes –en cuanto a duración temporal, valoración del daño, riesgo vital y comorbilidad asociada– o el problema de las listas de espera.

La SEC apoya las decisiones que propicien la equidad¹⁴⁹, dado que los recursos sanitarios son finitos, pero eso supone: demostrar la efectividad de toda actuación, considerar el coste de oportunidad en las opciones diagnósticas y terapéuticas, reafirmar que las utilidades relevantes son las de los pacientes, resaltar que «lo óptimo no es lo máximo» o que «más, no siempre es mejor», y valorar las distintas categorías de

cuidados, ya que todos no son igualmente efectivos^{7,151-154}.

Relaciones con las empresas farmacéuticas y de tecnología médica

Prescripción médica. Medios de promoción de la industria. Hay un deber médico de prescribir con racionalidad y eficiencia. La libertad de prescripción supone elegir, entre las intervenciones posibles y disponibles, la que más conviene al paciente en su circunstancia concreta, y esto implica: sopesar su validez, utilidad terapéutica y eficacia, atender a criterios de seguridad, seleccionar la opción más idónea y apropiada a su situación clínica y las preferencias del paciente, obtener del paciente el necesario consentimiento, y tener en cuenta los aspectos económicos de la decisión, a veces condicionada por incentivos de empresas externas o de las administraciones sanitarias^{21,23,26,155-157}.

La industria utiliza ciertos medios de promoción de sus productos –visita médica, atenciones comerciales, regalos– que deben someterse a un debate crítico, sereno y abierto^{19,20}.

La SEC evitará respaldar campañas promocionales con evidentes intereses comerciales, e informará a la opinión pública cuando se difundan mensajes o recomendaciones sin la suficiente evidencia científica, en especial cuando puedan generar en los pacientes o usuarios expectativas desmesuradas, injustificadas o irreales, y crearles desconfianza respecto a los médicos por no ofrecerles esos hipotéticos avances^{12,14,22,27,158-161}.

Un marco de acuerdo: autocrítica, transparencia y pacto. El médico tiene el deber de no aceptar cualquier tipo de regalo que disminuya, o haga parecer que así es, la objetividad e imparcialidad del juicio clínico²⁶. Hay que hacer autocrítica individual e institucional: los códigos éticos no sirven si no se asumen y aplican, pero tampoco basta su elaboración y difusión para asegurar su cumplimiento.

Es necesario reunir a todos los agentes implicados y dar un impulso ético para alcanzar un pacto que tenga varios compromisos^{20,21,26,155,157}:

– Estimular una mejor cultura de relación entre médicos, farmacéuticos e industria, basada en la transparencia, la cooperación honesta y el cumplimiento de las normativas.

– Reformar el actual modelo de visita médica, para garantizar el valor añadido del tiempo invertido en un clima de dignidad para ambas partes.

– Promover cambios de actitud en los médicos, para evitar que cristalicen determinadas pautas nocivas de contraprestación o de inducción a la prescripción y los malos ejemplos.

– Incentivar la transparencia mediante registros de colaboración en los centros sanitarios, adoptados vo-

luntariamente por médicos, gestores y empresas del sector sanitario.

CONCLUSIONES

Pautas de actuación de los profesionales

A los socios de la SEC pueden serles de utilidad diversas orientaciones para su actuación en la práctica cotidiana: unas, auténticas obligaciones jurídicas con importantes implicaciones éticas; otras, deberes morales que obligan aunque no sean ley; y finalmente, varios consejos prudenciales. El objetivo principal es mejorar la calidad en busca de la excelencia profesional.

Obligaciones jurídicas

– Realizar siempre una anamnesis y una exploración física completa, y dejar constancia escrita de todo lo que acontece en relación con la evolución del paciente y su proceso asistencial en su historia clínica.

– Solicitar las exploraciones complementarias que estén indicadas, que sean necesarias y suficientes, para el diagnóstico correcto de la enfermedad y la toma de decisiones clínicas.

– Notificar al paciente quién es su médico interlocutor, responsable de facilitar la información y coordinar las decisiones clínicas.

– Dar la información adecuada al paciente –y también, en caso de incapacidad, a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho– acerca de su enfermedad, el pronóstico y tratamiento previsto.

– Mantener siempre la veracidad en la práctica asistencial y en la investigación clínica.

– Solicitar de los pacientes el consentimiento verbal para la realización de ciertas pruebas, explicando siempre los riesgos típicos de cada procedimiento sin omitir los riesgos personalizados.

– Recabar el consentimiento informado por escrito en las situaciones y procedimientos especificados en la legislación vigente, con los requisitos y formularios adecuados al caso.

– Extremar las precauciones, la vigilancia y los controles clínicos necesarios cuando se empleen fármacos o procedimientos en fase experimental.

– Indicar claramente por escrito las pautas de medicación establecidas. Informar al paciente de los riesgos y posibles efectos secundarios no deseados del tratamiento, advirtiéndole de que consulte si presenta algún efecto adverso inesperado.

– Informar al paciente sobre las consecuencias de su negativa al tratamiento indicado.

– Respetar las instrucciones previas definidas por los pacientes, así como los documentos donde estén registradas, ya que son expresión anticipada de su voluntad.

– Mantener el secreto profesional en el ámbito clínico y fuera de él, como reflejo del respeto a la intimidad y privacidad del otro en la relación asistencial.

– Informar a los pacientes de que en su atención sanitaria pueden participar médicos residentes o alumnos de medicina o enfermería en período de formación.

– Asegurar que el acceso a la historia clínica del paciente no impide garantizar la confidencialidad de sus datos de salud.

– Cumplir la legislación, especialmente en materia de ensayos clínicos, documentación clínica y demás normativas de aplicación directa al quehacer clínico.

– Cooperar con la justicia en calidad de perito, cuando la situación o las circunstancias lo requieran.

Deberes morales

– Respetar siempre, por elemental dignidad, la intimidad y la privacidad de las personas durante las exploraciones y las pruebas, tanto en las maneras de actuar como cuidando los ambientes donde se practican.

– Cultivar ciertas habilidades de comunicación para la entrevista clínica y la conducción de situaciones emocionales, con el fin de mantener una relación correcta y buena con el paciente y su entorno.

– Informar al paciente afectado de la ruptura de la confidencialidad en ciertos casos de necesidad, y minimizar el posible perjuicio que se pueda causar.

– Ofrecer consejos acerca de la calidad de vida e instruir sobre medidas de prevención cardiovascular y hábitos saludables, respetando también los deseos y las preferencias de los pacientes o usuarios.

– Prescribir, ante tratamientos cuya eficacia y efectividad se ha comprobado que son similares, los que proporcionen más seguridad y eficiencia.

– Fomentar en los pacientes y usuarios actitudes de altruismo, respeto y corresponsabilidad respecto a la donación de órganos, tejidos o células de su propio cuerpo.

– Procurar una formación continua en la especialidad, tanto en conocimientos y habilidades técnicas como en el desarrollo de actitudes acordes con los postulados éticos de la profesión.

– Mantener la veracidad en las publicaciones biomédicas y en la relación con los medios de comunicación.

– Recabar la consulta y el asesoramiento del comité de ética asistencial, en los casos de conflicto ético que requieran una deliberación más allá del marco de la relación clínica.

– Combatir las inequidades, sobre todo en el empleo de tecnologías sanitarias, evitando discriminaciones injustas en el uso de los recursos.

– Mantener una relación honesta con la industria farmacéutica y las empresas de tecnología médica.

Consejos prudentiales

– No delegar en las enfermeras o auxiliares el deber de información y solicitud de consentimiento, que incumbe siempre al médico; dicho personal sanitario solamente puede informar de sus propios actos clínicos.

– Evitar la solicitud de excesivas pruebas, salvo que lo exija el caso concreto; eso podría retrasar injustificadamente el diagnóstico o el tratamiento y acaso someter al paciente a riesgos no admisibles.

– Cooperar con el personal de enfermería para mejorar el trabajo interdisciplinario.

– Velar por que las relaciones humanas dentro del equipo asistencial no generen conflictos.

– Trabajar diariamente con rendimiento y cumplir con eficiencia el horario laboral.

– Dar parte, preferentemente por escrito, al jefe del servicio o responsable médico de la unidad, de los problemas asistenciales que se produzcan por fallos de organización, o por deficiencias en el funcionamiento del instrumental médico-quirúrgico o del equipamiento técnico.

– Fomentar los estudios necroscópicos, para mejorar la precisión diagnóstica y terapéutica.

– Evolucionar hacia una cultura de la notificación de los errores médicos, como garantía de la buena fe de los profesionales, en aras de la seguridad de los pacientes y para evitar litigios por vía judicial.

Propuestas de la Sociedad Española de Cardiología

En el marco de la SEC, desde su compromiso cívico, se plantean algunas propuestas:

1. Hay que estimular y promover la formación de los profesionales sanitarios en temas de bioética y en los aspectos socioeconómicos y de gestión de la asistencia, con el fin de mejorar sus conocimientos y habilidades en la toma de decisiones sobre estos asuntos. Se deben reforzar las actitudes que acentúen valores humanizadores acordes con los verdaderos fines de la medicina, sobre todo para evitar la desmoralización de los profesionales implicados. En este sentido, la SEC se preocupará por incorporar la formación sobre aspectos éticos de la medicina, con el fin de sensibilizar y formar en estas materias.

2. Hay que fomentar la responsabilidad convencida y solidaria de todos en el mundo sociosanitario, en sus logros y carencias, especialmente porque las expectativas de la población no debieran crecer más que las posibilidades reales de satisfacer sus demandas. En esta línea, habría que introducir de manera progresiva la conciencia de coste:

– En los pacientes y usuarios, sin que renuncien por ello al acceso y prestaciones de los servicios sanitarios.

– En los médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios, sin que interfiera en la debida relación personal con el paciente o con las instituciones donde trabajan.

– En los medios de comunicación, por su deber de veracidad y prudencia en todo lo relativo a la información y opinión en el vasto campo de la salud.

3. Hay que apoyar un profundo y transparente debate político, económico, social y profesional sobre:

– Los modelos sanitarios de asistencia que en la sociedad española se propugnan.

– El presente y futuro de las profesiones sanitarias en nuestro país, sus necesidades, problemas y posibles soluciones.

– La cobertura de las prestaciones sanitarias con cargo a los fondos públicos y sus posibilidades de mantenimiento y mejora.

– La cuantía y la calidad de los servicios sociales disponibles para atender las necesidades reales presentes y futuras.

– La nueva cultura moral de los profesionales y de las instituciones y organizaciones sanitarias, tan necesaria para cumplir con responsabilidad sus respectivas funciones y tareas.

Estas proposiciones tienen gran calado –en la microgestión (ética de la gestión clínica), la mesogestión (ética de las organizaciones e instituciones) y la macrogestión (ética de las políticas sanitarias)– y no pueden lograrse a corto plazo, pero las demandas y exigencias son fuertes y acucian. Por eso, no es ético olvidarlas ni conformarse con menos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Cardiología [www.secardiologia.es]. Estatutos y Reglamento. Madrid: SEC; 2005.
2. Emanuel E. Medical ethics in the era of managed care: the need for institutional structures instead of principles for individual cases. *J Clin Ethics*. 1995; 6:335-8.
3. Cortina A. Las tres edades de la ética empresarial. En: Cortina A, editor. Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones. Madrid: Trotta; 2003. p. 17-38.
4. Cortina A, Conill J. Ética, empresa y organizaciones sanitarias. En: Simón P, coordinador. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica-Triacastela; 2005. p. 15-32.
5. Simón P, Hernando P, Martínez S, Rivas J, De los Reyes M, Sáinz A, et al. Grupo de Trabajo de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFYC) sobre «Ética de las Organizaciones en los Modelos de Calidad». Estándares éticos para una organización sanitaria excelente. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18:379-404.
6. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En: Lolas F, editor. Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000. p. 35-52.
7. Simón P, coordinador. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica-Triacastela; 2005.
8. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos; 1999.
9. Codi de Deontologia. Normes d'ètica mèdica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2005.
10. Parmley WW, Chairman. 21st Bethesda Conference: Ethics in Cardiovascular Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 1990;16:1-36.
11. Parmley WW, Passamani ER, co-Chairman. 29th Bethesda Conference: Ethics in Cardiovascular Medicine. *J Am Coll Cardiol*. 1998;31:917-49.
12. Popp RJ, Smith SC Jr. Bethesda Conference: ACCF/AHA Consensus Conference Report on Professionalism and Ethics. *Circulation*. 2004;110:2506-49.
13. American College of Physicians. Ethics manual. 5th ed. *Ann Intern Med*. 2005;142:560-82. Disponible en: <http://www.acponline.org/ethics/ethicman5th.htm>
14. Asociación Médica Mundial (AMM). Manual de ética médica, 2005 (versión en español). Disponible en: <http://www.wma.net/s/index.htm>
15. British Medical Association Ethics Department. Medical ethics today. The BMA's handbook of ethics and law. 2nd ed. BMJ; 2004. Disponible en: <http://www.bma.org.uk/ethics>
16. Program Administration Manual. Conflict of interest and ethics policies (chapter 7), 2004. Disponible en: www.americanheart.org
17. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med*. 1993;329:573-6.
18. Peiró S, García-Altés A, Meneu R, Libroero J, Bernal E. La declaración del conflicto de intereses en las publicaciones científicas. ¿Tiempo para las luces y los taquígrafos en la trastienda de la investigación financiada por la industria? *Gac Sanit*. 2000;14: 472-81.
19. Código Español de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos. Madrid: Farmaindustria; 2004.
20. Pardell H. Esponsorización comercial de la formación médica continuada y conflicto de intereses. *Med Clin (Barc)*. 2006;127: 222-6.
21. Comisión Central de Deontología de la OMC. Declaración sobre la ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias. Madrid: OMC; 2006.
22. Coyle SL, for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Physician-Industry Relations. Part 2: Organizational Issues. *Ann Intern Med*. 2002;136:403-6.
23. Comisión Central de Deontología de la OMC. Declaración sobre la libertad de prescripción del médico. Madrid: OMC; 1999.
24. Camps V, Beato M, editor. Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas-Centre de Regulació Genòmica; 2005.
25. Peiró S. ¿Se puede confiar en los resultados de la investigación clínica? *Humanitas, Humanidades Médicas*. 2006;5:1-16.
26. Coyle SL, for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Physician-Industry Relations. Part 1: Individual Physicians. *Ann Intern Med*. 2002;136:396-402.
27. Time to untangle doctors from drug companies. *BMJ* 2003;326: 1115-222..
28. Asociación de Economía de la Salud (AES). Guía para las relaciones de patrocinio de actividades científicas promovidas por la AES. *Economía y Salud*. 2002;44:15.
29. Ethics in Pharmaceutical Medicine. Report from the Ethical Issues Working Group, Faculty of Pharmaceutical Medicine. *Int J Pharm Med*. 1998;12:193-8.
30. Ethical issues arising from commercial sponsorship and from relationships with the pharmaceutical industry Report and Recommendations of the Ethics Subcommittee of the International Headache Society; 2004.

31. European Board for Accreditation in Cardiology (EBAC). Guidelines for commercial support for continuing medical education (CME) events. Disponible en: <http://www.ebac-cme.org/newsite/index.php>
32. Sociedad Española de Cardiología (Servicio de Organización de Congresos). Exposición comercial y patrocinio del Congreso de las Enfermedades Cardiovasculares. Normas generales. Madrid: SEC; 2005. Disponible en: soc@secardiologia.es
33. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM). Requisitos de Uniformidad para los manuscritos enviados a revistas biomédicas: escritura y proceso editorial para la publicación de trabajos biomédicos. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:539-58.
34. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Nuevas recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Cambiando el énfasis: de la uniformidad de los requisitos técnicos a los aspectos bioéticos. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:592-3.
35. Davidoff F for the CSE Task Force on Authorship. Who's the author? Problems with biomedical authorship, and some possible solutions. *Science Editor*. 2000;23:111-9.
36. Davidoff F, DeAngelis CD, Drazen JM, Hoey J, Hojgaard L, Horton R, et al. Financiación, autoría y responsabilidad. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:1247-50.
37. Rothman KJ. Conflict of interest. The new McCarthyism in Science. *J Am Med Assoc*. 1993;269:2782-84.
38. Field MJ, Lohr KN, editors. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC: National Academy Press; 1992.
39. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. Londres: Churchill Livingstone; 2000.
40. Guerra L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:377-82.
41. Permanyer G, Ferreira I. ¿Hacia la pervisión de la medicina basada en la evidencia? *Med Clin (Barc)*. 2006;126:497-9.
42. Peiró S. Medicina basada en la evidencia: necesaria, aunque insuficiente. Limitaciones –y autolimitaciones– de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica y la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2002;118 Supl 3:49-56.
43. Sarrado JJ, Cleries X, Ferrer M, Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit*. 2004;18:235-44.
44. Guías de práctica clínica. Disponible en: <http://www.nice.org.uk>
45. De los Reyes M, Pérez JM, García P, Borrell F, Gracia D. Relaciones entre profesionales sanitarios. En: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 299-330.
46. Thorsen T, Mäkelä M, editores. Cambiar la práctica de los profesionales. Teoría y práctica de la implementación de las Guías de Práctica Clínica Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2002.
47. García-Gutiérrez JF, Minué S. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) ¿Cómo hacer que las GPC sean efectivas? En: García-Caballero M, editor. Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria. Málaga: Ciencia Biomédica-Universidad de Málaga; 2003.
48. Conde JL, director. Guía para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III; 1999.
49. Thomson R, Lavender M, Madhok R. Fortnightly review: how to ensure that guidelines are effective. *BMJ*. 1995;311:237-42.
50. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ*. 1999;318:593-6.
51. The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:18-23.
52. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Guías Europeas de Práctica Clínica en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. ¿Hacia una completa «globalización» de la asistencia cardiovascular? *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:1000-2.
53. Swedberg K, coordinador. Grupo de Trabajo *ad hoc* de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica. Versión resumida (actualización 2005). *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58:1062-92.
54. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 2004;8:1-72.
55. Gray JAM. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
56. Bonfill X, director. Evidencia científica, atención sanitaria y cultura. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Humanitas. 2004;3:127-37.
57. Callahan D, editor. The goals of medicine: setting new priorities. *Hastings Center Report*. 1996;26;S1-S27.
58. Gracia D. Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI. En: Gracia D, Júdez J, editores. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 79-91.
59. Callahan D. Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Madrid: Triacastela; 2004.
60. Gracia D. La ética y las profesiones sanitarias. En: Gracia D, Júdez J, editores. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 265-78.
61. Angell M. The Doctor as double agent. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1993;3:279-86.
62. Oriol A, Pardell H, directores. La profesión médica: los retos del milenio. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Humanitas. 2005;7:155-6.
63. Gracia D. *Medice, cura te ipsum*. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. Madrid: Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina; 2004.
64. Gracia D. Nuevos desafíos en la ética de las profesiones sanitarias. En: Gracia D, Júdez J, editores. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 279-99.
65. Gracia D. Contribución de las humanidades médicas a la formación del médico. *Humanitas. Humanidades Médicas*. 2006;1.
66. Gracia D. No hacer daño. En: Gracia D, Júdez J, editores. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 225-42.
67. Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. En: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela; 2004. p. 183-212.
68. Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med*. 1995;122:368-74.
69. Barbero J, Romeo-Casabona C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. En: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 161-81.
70. Lorenzo S, director. Seguridad clínica. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Humanitas. 2005;8.
71. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Universidad; 1989.
72. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), División de Ética, Ciencia y Tecnología. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO; 2005.
73. Report of the European Group on Ethics in Science and New Technologies on the charter on Fundamental Rights related to technological innovation. *Citizens Rights and new technologies: a european challenge*. Brussels: EGE; 2000.
74. Simón P, Barrio IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:583-97.
75. Simón P. Los cuatro ejes de fuerza de la historia de la bioética. *ICB digital*; 2001.
76. Gracia D. El Juramento hipocrático. En: Gracia D, Júdez J, editores. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004. p. 245-63.

77. Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. En: Ensayos clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990. p. 121-31.
78. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
79. Gracia D. *Primum non nocere*. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina; 1990.
80. Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
81. Gracia D. The intellectual basis of bioethics in Southern European countries. *Bioethics*. 1993;7:97-107.
82. Baker RB, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR, editors. The american medical ethics revolution. How the AMA's code of ethics has transformed physician's relationships to patients, professionals, and society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1999.
83. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18-23.
84. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. 5.ª ed. Barcelona: Ariel-Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2005.
85. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:704-6.
86. De los Reyes M, Arimany J. Aspectos éticos y legales. En: Bayés A, López-Sendón JL, Attie F, Alegría E, editores. *Cardiología clínica*. Barcelona: Masson; 2003.
87. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE n.º 281 de 24 de noviembre. Ley Orgánica 2/1998, de 15 de junio, por la que se modifican el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE de 16 de noviembre 16-6-1998.
88. Código Civil. También: Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
89. 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 n.º 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
90. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
91. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE n.º 301, de 17 de diciembre de 2003.
92. Comisión Central de Deontología de la OMC. Declaración sobre las fronteras internas del ejercicio profesional. Madrid: OMC, 1998.
93. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 280, de 22 de noviembre de 2003; artículo 9.
94. Garrido JA. Formación en comunicación y consentimiento informado en nuestro sistema de residencia: ¿qué información puede y debe dar un residente? *Med Clin (Barc)*. 1998;111:739-41.
95. Comisión Nacional de la Especialidad de Cardiología (Ministerio de Sanidad y Consumo-Ministerio de Educación y Cultura). Guía de Formación del especialista en Cardiología en España. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:212-7.
96. Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med*. 1988;148:1385-9.
97. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *J Am Med Assoc*. 1992;267:2221-6.
98. De la Mata I, coordinador. Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final, noviembre de 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
99. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 33-54.
100. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. 2.ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC); 2004.
101. Simón Lorda P. Recomendaciones para la elaboración de documentos de consentimiento informado. En: Simón P, editor. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela; 2000. p. 431-4.
102. Simón P, Rodríguez-Salvador JJ, Martínez-Maroto A, López-Pisa RM, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 55-74.
103. Drane JF. The many faces of competency. *The Hastings Cent Rep*. 1985;4:17-21.
104. Buchanan AE, Brock DW. Deciding for others: the ethics of surrogate decision making. New York: Cambridge University Press; 1989.
105. Simón P, Barrio IM. ¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces. Madrid: Triacastela; 2004.
106. Gracia D, Jarabo Y, Martín-Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 127-60.
107. Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc*. 2005;6:S100-4.
108. De los Reyes M, Castro-Beiras A, Iñiguez A, Sánchez-Caro J, Sarabia MC. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología sobre aspectos éticos y legales del consentimiento informado. En: Marín E, Rodríguez-Padial L, Bosch X, Iñiguez A, editores. *Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología 2.ª ed. Vol. I y II*. Madrid: SEC; 2000. p. 1005-41. [Versión original previa: De los Reyes M, Iñiguez A, Goicolea A, Funes B, Castro-Beiras A. El consentimiento informado en Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:782-96].
109. López-Bescós L, Pomar JL, coordinadores. Comisión conjunta de Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la SEC y de la SECCV. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1373-9.
110. Gracia D. La confidencialidad de los datos clínicos. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004. p. 303-18.
111. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil de los derechos al honor, a la intimidad y a la propia imagen.
112. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. También: Real Decreto 994/1999, de 1 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
113. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. En: Gracia D, Júdez J, editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 75-126.
114. Gracia D, Rodríguez-Sendón JJ, coordinadores. Intimidad, confidencialidad y secreto. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud-Fundación para la formación (Organización Médica Colegial); 2005.
115. Criado MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112: 24-8.
116. Emaldí A, Martín A, De la Mata I, Nicolás P, Romeo-Casabona CM. Información y documentación clínica. Su tratamiento jurisprudencial (1990-1999). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
117. Consejo de Europa. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo). Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores; 1997.

118. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 52.^a Asamblea General; Edimburgo, 2000; 5.^a revisión. JAMA. 2000;284:3043-5. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <http://www.wma.net/s/helsinki.html>
119. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) & World Health Organization (WHO). International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: CIOMS; 1993 (revisión 2002).
120. De Abajo FJ. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente? Rev Esp Salud Pública. 2001;75:407-20.
121. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? J Am Med Assoc. 2000;283:2701-11.
122. Barrio IM, Simón P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. Med Clin (Barc). 2006;126:418-23.
123. Peiró S. La construcción de la evidencia b(i)ased medicine. Gestión Clínica y Sanitaria. 2005;7:131-8.
124. Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. BOE n.º 33, de 7 de febrero de 2004.
125. Real Decreto 711/2002, de 19 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
126. De Abajo FJ, Gracia D. Ética del placebo en investigación clínica. Investigación y Ciencia. 1997;254:90-9.
127. Camí J. Conflicto de intereses e investigación clínica. Med Clin (Barc). 1995;105:174-9.
128. Dal-Ré R. Declaración de intereses financieros de los investigadores de ensayos clínicos. Med Clin (Barc). 1999;113:743-5.
129. Drummond MF, Jefferson TO, BMJ Economic Evaluation Working Party. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. BMJ. 1996;313:275-83.
130. AAMC Task Force on Financial Conflicts of Interest in Clinical Research. Protecting subjects, preserving trust, promoting progress. Part I: policy and guidelines for the oversight of individual financial interests in human subjects research. Acad Med. 2003;78:225-36. Part II: principles and recommendations for oversight of an institution's financial interests in human subjects research. Acad Med. 2003;78:237-45.
131. Sarabia J, De los Reyes M. Comités de Ética Asistencial. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2000.
132. De los Reyes M. Deontología en la sociedad actual. En: De la Mata I, coordinador. Bioética y justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial; 2000. p. 209-15.
133. Herranz G. La contribución de la ética médica a la Administración de la Justicia. En: De la Mata I, coordinador. Bioética y justicia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial; 2000. p. 133-59.
134. Criado MT. La actuación del médico como perito con la nueva Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. Med Clin (Barc). 2001; 117:697-702.
135. La gestión de los errores médicos. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2002.
136. Zarco J, Moya A, Júdez J, Pérez F, Magallón R. Gestión de las bajas laborales. En: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 275-98.
137. OMS-Oficina Regional Europea. Salud 21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-OMS; 1999.
138. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?. Principios para la asignación de recursos escasos. En: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Santa Fe de Bogotá: El Búho; 1998.
139. Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. En: Gracia D, Júdez J, editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela/Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 213-48.
140. Del Llano J, Polanco C, García-Armesto S. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. Madrid: Fundación Gaspar Casal-Ed. Ergón; 2004.
141. Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Universidad Pompeu Fabra-Ed. Masson; 2004.
142. Blendon RJ, Jovell AJ. Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio español. Harvard University School of Public Health - Fundación Biblioteca Josep Laporte. Barcelona: Universidad Autónoma; 2006.
143. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Valoración según los barómetros sanitarios. Madrid: Fundación Gaspar Casal/Universidad de Castilla La Mancha-Ed. Ergón; 2006.
144. Gracia D, coordinador. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud-Ed. Doce Calles; 1997.
145. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez-Camarero S. Sistema de información sanitaria en España (SISAN). Madrid: Fundación Gaspar Casal/Fundación SANITAS y Fundación Lilly-Editec; 2004.
146. Ortún V. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra-Ed. Masson; 2003.
147. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra-Ed. Masson; 2002.
148. Lázaro P, Fitch K, Martín Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía aortocoronaria. Rev Esp Cardiol. 1998;51:689-715.
149. De Teresa E, coordinador. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Cardiología sobre «Situación de los cardiólogos en España». Desequilibrio entre la oferta y las necesidades de cardiólogos en España. Análisis de la situación actual, previsiones futuras y propuestas de solución. Rev Esp Cardiol. 2006;59:703-17.
150. Sociedad Española de Cardiología. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) 2004-2007. Madrid: SEC-Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
151. Potter RL. From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics. Bioethics Forum. 1996; 12:3-12.
152. Emanuel EJ. Justice and managed care. Four principles for the just allocation of health care resources. Hastings Cent Rep. 2000;30:8-16.
153. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Ann Intern Med 2003;138: 273-98.
154. Palomo L, Ortún V, Benavides FG, Márquez S. La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso. Recapitulación del Informe SESPAS 2006. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:209-21.
155. Martín S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. Med Clin (Barc). 2001;116:299-306.
156. Ara JR. Manejo de los conflictos de intereses en la investigación médica. Visión desde la clínica. ICB digital (n.º 8); 2002.
157. Altisent R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. Aten Primaria. 2003;32:106-9.
158. Code of Ethics of the Endocrine Society (Ethics Advisory Committee), 2001.
159. Código Ético. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC); 2005.
160. Bigorra J, Carné X. Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas (n.º 8); 2003.
161. Código Ético y de Buena Práctica. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.