

Conocimientos y competencias en bioética que los estudiantes en ciencias de la salud deben adquirir para la distribución justa de los recursos sanitarios

Knowledge and competencies in bioethics that Health Sciences students must acquire for the fair distribution of health resources

Valle Coronado-Vázquez¹ y Juan Gómez-Salgado²

¹Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón / ²Universidad de Huelva

Manuscrito recibido: 14/06/2017
Manuscrito aceptado: 13/04/2018

Cómo citar este documento

Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J. Conocimientos y competencias básicas en bioética que los estudiantes en ciencias de la salud deben adquirir para la distribución justa de los recursos sanitarios. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Otoño 2018; Vol. 6 (4): 52-63

Resumen

Introducción

Los contenidos de la asignatura de bioética están dirigidos a los problemas relacionados con la autonomía y la confidencialidad, y en menor grado a la justicia en la distribución de los recursos.

El objetivo de este trabajo es determinar las competencias y conocimientos que los estudiantes de ciencias de la salud deben adquirir sobre la distribución justa de los recursos sanitarios y el marco deontológico y legal donde se encuadra.

Descripción

Se realizó un análisis documental con búsquedas en las webs y repositorios corporativos de universidades, Colegios Oficiales de Enfermería y Colegios Oficiales de Médicos. Se localizaron artículos publicados en inglés o español en MEDLINE vía Pubmed, EMBASE y CUIDEN.

Se utilizaron los términos MESH: Bioethics, Teaching, Health Sciences, Social Justice.

Se describen tres competencias que los alumnos de ciencias de la salud deben adquirir para manejar los conflictos derivados de la gestión de unos recursos limitados: los conocimientos sobre la aplicación del principio de justicia en la distribución de los recursos, reconociendo el derecho a la salud como parte de la justicia social; la eficiencia en las organizaciones sanitarias como instrumento para alcanzar la justicia distributiva; y la práctica de una medicina efectiva y de calidad para una atención equitativa.

Conclusiones

La enseñanza de la bioética en ciencias de la salud debe incorporar los conocimientos y las competencias para una gestión equitativa y justa de los recursos sanitarios, garantizando el derecho a la protección de la salud y una asistencia sanitaria efectiva y de calidad.

Palabras clave

Bioética; Enseñanza; Ciencias de la salud; Servicios de salud.

Abstract

Introduction

The contents of the subject of bioethics are aimed at problems related to autonomy and confidentiality, and to a lesser degree to justice in the distribution of resources.

The objective of this work is to determine the competences and knowledge that Health Sciences students should acquire about the fair distribution of health resources and the deontological and legal framework in which it is framed.

Description

A documental analysis was carried out with searches on the corporate websites and repositories of universities, Official Nursing Colleges and Official Medical Colleges. Articles published in English or Spanish were located on MEDLINE via Pubmed, EMBASE and CUIDEN.

The terms MESH were used: Bioethics, Teaching, Health Sciences, and Social Justice.

Three competences are described that students of health sciences must acquire to manage the conflicts derived from the management of limited resources: knowledge about the application of the principle of justice in the distribution of resources, efficiency in health organizations as an instrument to achieve distributive justice; and the practice of an effective and quality medicine for an equitable attention.

Conclusions

The teaching of bioethics in health sciences should incorporate the knowledge and skills for an equitable and fair management of health resources, guaranteeing the right to health protection and effective and quality health care.

Keywords

Bioethics; Teaching; Health Sciences; Health Services.

Introducción

La enseñanza de la bioética, al igual que otros saberes en ciencias de la salud, está orientada a la adquisición de competencias, las cuales surgen de procesos de aprendizaje que integran los conocimientos y las habilidades para llevar a cabo una tarea (1).

El objetivo de este modelo de aprendizaje es promover en los alumnos actitudes y capacidad de diálogo a partir de la reflexión sobre unos contenidos teóricos amplios y multidisciplinares.

La bioética clínica ha estado inicialmente orientada hacia las cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente, para pasar posteriormente a incorporar en sus reflexiones los problemas derivados de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios.

Fue a consecuencia de la crisis económica de 1973 cuando comenzó a surgir la medicina gestionada. Se produjo así un giro en la forma de gestión de los recursos sanitarios, a partir del cual el control de los costes se convirtió en su principal objetivo (2).

Este modelo parte de la premisa de que la gestión de los recursos no es una tarea exclusiva de los gerentes, sino que médicos/as, enfermeros/as y el resto de profesionales sanitarios son también gestores de recursos en su práctica clínica diaria, lo que se expresa en la elección del tratamiento y el tipo de cuidados, la decisión de realizar determinadas pruebas diagnósticas e incluso la gestión del tiempo de consulta, entre otros.

Entre las propuestas docentes que se han venido a plantear para la enseñanza de la bioética cabe destacar la de F. Abel que propone tres ejes para su estudio: uno sería "el desarrollo de la competencia profesional", el otro se situaría en la "armonización de los valores científicos y humanos", y en el último considera "las sinergias entre políticas sanitarias y los medios para llevarlas a cabo" (3).

Sin embargo, este último aspecto ha tenido poco reflejo en la docencia bioética. Y en este sentido, los contenidos de la asignatura siguen estando dirigidos a los problemas relacionados con la autonomía y la confidencialidad, y en una menor proporción a la justicia.

Y para los programas de postgrado el enfoque es similar, con algunos cambios en la extensión de los contenidos que incorpora cada tema (4).

Por la diversidad de temas que abarca la bioética, el reto de la docencia en esta disciplina va más allá de transmitir actitudes y enseñar a deliberar. La enseñanza debe abarcar también los conocimientos sobre ética, deontología y legislación (4).

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es determinar las competencias y conocimientos que los estudiantes de ciencias de la salud deben adquirir sobre la distribución justa de los recursos sanitarios y el marco deontológico y legal en el que ésta se encuadra.

Metodología

Se ha llevado a cabo un análisis documental con búsquedas en las webs y repositorios corporativos de universidades, Colegios Oficiales de Enfermería y Colegios Oficiales de Médicos.

Asimismo, durante los meses de noviembre y diciembre de 2016 se realizó una búsqueda de artículos publicados en inglés o español y sin límite temporal, en las siguientes bases de datos: MEDLINE vía Pubmed, EMBASE y CUIDEN.

Se utilizaron los términos MESH: Bioethics, Teaching, Health Sciences, Social Justice.

Se seleccionaron los artículos, informes y documentos que contenían información relevante en relación con la justicia y la distribución de los recursos sanitarios.

La inclusión de los contenidos se llevó a cabo por consenso de ambos investigadores.

Desarrollo

La adquisición de las competencias para hacer una gestión ética de los recursos que todo profesional sanitario tiene a su alcance pasa, en primer lugar, por reconocer el derecho a la salud como parte de la justicia social, entender que la eficiencia en las organizaciones sanitarias es un instrumento para alcanzar la justicia distributiva (5), y llevar a cabo una práctica clínica efectiva y de calidad.

En este sentido, se describen tres tipos de competencias que los/las estudiantes de ciencias de la salud deberían adquirir durante el periodo formativo (Tabla 1).

"La bioética clínica ha estado inicialmente orientada hacia las cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente, para pasar posteriormente a incorporar en sus reflexiones los problemas derivados de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios".

Tabla 1. Competencias en ética de la distribución de los recursos en salud

Competencias	Conocimientos	Habilidades
Nivel político: Identifica la aplicación del principio de justicia en la gestión de los recursos.	<ul style="list-style-type: none"> - El derecho a la protección de la salud. - Modelos de financiación de los Servicios de Salud. - Equidad en la distribución de los recursos en salud. 	Sabe argumentar sobre la necesidad de la equidad en la distribución de los recursos.
Nivel de Organizaciones: Valora la gestión eficiente y equitativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de eficiencia. - Características de la gestión clínica. 	Participa en la gestión clínica.
Nivel de los profesionales: Reconoce la efectividad y la calidad como vías para alcanzar la eficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de efectividad clínica. - Profesionalismo y gestión de recursos. 	Elimina las prácticas clínicas ineficientes e innecesarias.

Fuente: Elaboración propia.

Competencia 1. Nivel político: Identificar la aplicación del principio de justicia en la gestión de los recursos.

Los conocimientos que se deben adquirir para el desarrollo de esta competencia están en relación con el reconocimiento de la protección de la salud como un derecho, los modelos de financiación de los Servicios de Salud y el concepto de distribución equitativa de los recursos.

El concepto de justicia ha ido cambiando a lo largo de la historia. En la Grecia clásica se identificó con lo "correcto" y lo "bueno", aunque no es posible establecer una definición unívoca del término (6).

Para el pensamiento liberal "lo justo" es aquello que puede adquirirse mediante los bienes derivados del trabajo, o bien por la donación de terceros. De esta forma, se entiende que una atención sanitaria justa es aquella que está sujeta a las leyes del mercado. Lo justo es dar asistencia a quien puede pagarla (6).

En las teorías del igualitarismo, la justicia se concibe como igualdad de derechos. Lo justo sería dar tratamientos iguales para las mismas necesidades. Aunque igualar los estados de salud no es posible, al menos se debe tender a conseguir las mismas oportunidades de alcanzarla, dando más a aquellos que parten de peores condiciones (6).

En cambio, para el utilitarismo la justicia se basa en la obtención del mayor beneficio para la mayoría, y el problema surge porque en salud el mayor beneficio se consigue en los más sanos y capacitados; así que los discapacitados, los afectados por enfermedades raras y otras minorías quedarían excluidos de la asistencia sanitaria (7). En cuanto a la distribución de los bienes primarios, entre los que se encontraría la asistencia sanitaria según el criterio del maximin de Rawls, debe hacerse de forma imparcial, aunque asumiendo cierto grado de desigualdad si con ello se mejora a los más desfavorecidos (8).

Pero, la salud es un derecho humano fundamental con fuertes determinantes sociales (9). La consideración del derecho a la salud como un bien de justicia social ha dado lugar a la creación de los sistemas de salud públicos, diseñados para dar una cobertura sanitaria a toda la población.

En Europa se han desarrollado dos modelos de prestaciones sociales con diferente financiación, que han servido de base para el desarrollo de los actuales sistemas de salud. El primero fue creado en Alemania en 1883 por Otto von Bismarck (modelo Bismarck), siendo el primer país del mundo en adoptar un programa de seguros para enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez. En este la financiación llegaba por las aportaciones de los empresarios y los trabajadores, y en un pequeño porcentaje por impuestos (10).

El modelo Beveridge, desarrollado en Gran Bretaña a partir del informe elaborado por W. Beveridge en 1942, incluía un plan de seguros sociales para la cobertura de las jubilaciones y la asistencia en la enfermedad. Dio lugar a un Sistema Nacional de Salud universal, basado en el principio redistributivo, en su mayor parte gratuito, y financiado por impuestos con carácter progresivo. Es el modelo seguido por el Reino Unido y España, entre otros países (11).

Lejos de estos planteamientos y con un claro corte liberal se encuentra el sistema sanitario de Estados Unidos, basado fundamentalmente en una sanidad privada con solo dos programas federales -el Medicare y el Medicaid-, una cobertura parcial y costes elevados (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los modelos de financiación sanitaria

Sistemas de salud en países de la Unión Europea	Asistencia sanitaria en Estados Unidos
<ul style="list-style-type: none"> - Modelo social - Públicos - Eficientes - Más equitativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo liberal - Privados - Coste elevado - Cuestiona la equidad

Fuente: Elaboración propia a partir de: *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud (11).*

La aplicación del principio de justicia en la distribución de los recursos sanitarios puede hacerse fundamentalmente en tres niveles: el político, las instituciones y los profesionales (Tabla 3).

Tabla 3. Gestión de los recursos a distintos niveles

Nivel	Gestión de recursos
Político	Inversión presupuestaria, evaluación de costes, cartera básica de servicios
Organizaciones sanitarias	Nuevas formas de gestión, reducción de ineficiencias, evaluación de tecnologías sanitarias y nuevos fármacos, análisis de resultados
Profesionales	Establecimiento de prioridades con criterios clínicos (efectividad clínica), disminución de la variabilidad (protocolos), evaluación de los resultados de la asistencia

Fuente: Elaboración propia a partir de: *Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos (16).*

Es en el nivel político en el que se decide la distribución de los recursos fijados para la asistencia sanitaria, y su asignación depende del modelo de justicia elegido.

El Estado social es el garante de la equidad en salud, no entendida exclusivamente como distribución de los recursos, sino también como la posibilidad de lograr una buena salud, lo que abarcaría aspectos como las condiciones laborales y sociales o los estilos de vida (12).

En este sentido, la equidad en salud no es equivalente a igualdad (igual acceso para igual necesidad o igual utilización para igual necesidad) (13).

La equidad es el “trato desigual a los desiguales”, cuyo objetivo es reducir las diferencias en salud. No se trataría de obtener el mismo estado de salud para todas las personas, sino lo que M. Whitehead define como la “creación de las mismas posibilidades para la salud y reducción de las diferencias al nivel más bajo posible” (14).

Competencia 2. Las organizaciones sanitarias: Valorar la gestión eficiente y equitativa

Las empresas sanitarias públicas tienen como objetivo prestar una atención sanitaria efectiva y de calidad, pero también deben hacer una adecuada gestión de los recursos, donde la eficiencia sea compatible con la equidad (15).

La eficiencia consiste en el uso óptimo de los recursos, para lo cual se debe tener en cuenta el balance entre los costes de determinados programas o intervenciones y los beneficios que se obtienen de ellos. Esta consideración es un deber derivado del principio de justicia e implica hacer un análisis del coste-oportunidad, es decir considerar aquello que se deja de hacer al elegir una determinada opción. Pero, este sistema de preferencias que plantea la eficiencia debe tener en cuenta a la equidad para ser moralmente válido (16).

Son varios los modelos de gestión que provienen de la empresa privada y que necesitarían ser adaptados a la empresa pública para garantizar el principio de justicia.

Uno de ellos es la “gestión clínica” que surge a partir del “Clinical Governance” introducido en el National Health Service en 1998, y que hace referencia al concepto de “el buen gobierno sanitario que se desarrolla fomentando el profesionalismo, reforzando el papel de las unidades asistenciales y del trabajo por procesos, para mejorar los resultados en salud de pacientes y población en el contexto de los recursos asignados” (17).

En su origen la gestión clínica va indisolublemente unida a la responsabilidad, la excelencia y la calidad, cuyas dimensiones están en estrecha relación con la ética.

Estas son (18):

- La efectividad, referida al impacto de una intervención en términos de mejora real de la salud. Estaría orientada por el principio de beneficencia.
- La eficiencia, entendida como uso adecuado de los recursos, cuya dimensión ética estaría en relación con el principio de justicia.
- La calidad científico-técnica de los profesionales y la seguridad en la asistencia sanitaria como parte del principio de no maleficencia.
- La satisfacción del paciente con el servicio prestado, que tendría como dimensión ética el principio de autonomía.

La excelencia y calidad de la asistencia van a ser los componentes de la ética de las organizaciones sanitarias, que surge en 1995 a partir de los criterios incluidos en el manual de acreditación de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare (19).

Las nuevas formas de gestión deben incluir como un elemento esencial la comunicación fluida y transparente entre gestores, profesionales sanitarios y pacientes, y conjugar eficiencia con equidad.

Competencia 3. Los profesionales: reconocer la efectividad y la calidad como vías para alcanzar la eficiencia.

Una forma de llegar a la eficiencia es a través de la efectividad clínica y la calidad (20). Si la mayoría del gasto en salud se origina en las decisiones de los/as médicos/as y enfermeros/as, estos tienen una responsabilidad en la distribución de los recursos, en cuanto que pueden evitar las prácticas ineficaces, inefectivas e inseguras (21).

La relación entre sí de los profesionales sanitarios en el actual entramado de las Organizaciones Sanitarias, así como con la sociedad en general, ha dado lugar a la aparición del llamado "nuevo profesionalismo", tanto en la profesión médica como la de enfermería (22,23). Surgido a comienzos del siglo XX, introduce la consideración de la salud como un bien público e implica un nuevo acuerdo entre profesionales, gestores y pacientes (Tabla 4).

Tabla 4. Implicaciones del "nuevo profesionalismo" para la enseñanza en Ciencias de la Salud

Compromiso con los pacientes	- Mantener las competencias a lo largo del tiempo. - Aprendizaje continuo.
Compromiso con otros profesionales	- Ofrecer cuidados de calidad, adquiriendo una cultura de trabajo en equipo para disminuir los errores y aumentar la calidad de los cuidados.
Compromiso con la sociedad	- Distribución justa de los recursos, considerando en la práctica clínica los criterios de coste-efectividad, eficiencia y equidad.

Fuente: Adaptado de Infante Campos (22).

Equidad en salud: marco deontológico y legal

"La Deontología profesional es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional" (24,25).

Como todo código de conducta, es una exigencia moral para los profesionales, lo que no les exime de sus obligaciones jurídicas. De hecho, muchas de las normas recogidas en el código de deontología también son normas legales. Esta coincidencia se expresa en lo referente a la equidad en el uso de los recursos (Tabla 5).

Tabla 5. Asistencia sanitaria y distribución de recursos: marco legal y deontológico en España

<p>Marco legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Artículo 43 de la Constitución Española, 1978. Derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 3 y 12). Equidad como principio general. Acceso en situación de igualdad a las prestaciones sanitarias. - Ley 14/2003 de cohesión y calidad del SNS. Garantizar la equidad, la calidad y la participación social. - Plan de Calidad 2006 para el SNS.
<p>Marco deontológico</p>	<p>Código de Deontología Médica (24).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Art. 7.2 "El médico ...debe velar por la calidad y eficiencia de su práctica." -Art. 7.4 "El médico ...está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición." -Art. 21.2 "Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada y abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica." -Art. 23.4 "Los médicos con responsabilidades en la dirección y gestión de recursos actuarán siempre guiados por el bien colectivo y la equidad." <p>Código Deontológico de Enfermería Española (25).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Art. 34 "En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de justicia social de dar más al más necesitado." -Art. 57 "La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia..." -Art. 73 "La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas..." <p>Código Deontológico de Fisioterapia (26).</p> <p>3. "Ningún fisioterapeuta debe derivar con fines lucrativos, pacientes del centro público..., al gabinete privado propio o de otros compañeros"</p> <p>Código Deontológico de la Profesión Farmacéutica (27).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Art. 34.3 "El farmacéutico ...se esforzará para que las medidas..., tendentes a racionalizar el gasto sanitario y farmacéutico, tengan presente la eficiencia salvaguardando la calidad asistencial". -Art. 42 "Velar por el prestigio de la institución, centro o establecimiento donde trabajen, y contribuir a realizar un uso eficiente de los recursos que pongan a su disposición."

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Los profesionales sanitarios deben buscar el mayor beneficio para el paciente, conjugándolo con una gestión eficiente y equitativa de los recursos disponibles.

La adquisición de los conocimientos en aspectos éticos, legales y deontológicos, así como las competencias para llevar a cabo estas tareas deben iniciarse en el pregrado.

Se han definido tres tipos de competencias relacionadas con la distribución de los recursos y la protección de la salud que, a su vez, conllevan el conocimiento sobre la aplicación del principio de justicia a nivel político, la gestión eficiente y equitativa a nivel de las organizaciones sanitarias y, por último, la atención sanitaria efectiva y de calidad por parte de los profesionales.

Bibliografía

1. Carreras i, Barnés J. Guía para la evaluación de competencias en medicina. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya; 2009. Disponible en: http://www.aqu.cat/doc/doc_71595240_1.pdf
2. Costa-Alcaraz AM, Calvo-Rigual F, Siurana-Aparisi JC. [Shared governance and reasonableness as ethical contributions to health policy]. Rev Esp Salud Pública. 2013 Mar-Apr;87(2):137-47.
3. Abel F. Bioética: diálogo interdisciplinar. Cuadernos de Bioética. 1999; 37(1): 11-16.
4. León Correa FJ. Enseñar bioética: Cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioethica. 2008; 14(1): 11-18.
5. Conill Sancho J. Eficiencia y justicia en la empresa sanitaria. Veritas. 2006; 1(15): 209-22.
6. Gracia D. Fundamentos de bioética. 2º ed. Madrid: Triacastela; 2007. p. 626.
7. Drane JF. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Bol Of Sanit Panam. 1990; 108: 5-6.
8. Rawls J. Teoría de la justicia. México, D. F: Ediciones Fondo de Cultura Económica; 2008.
9. Pan American Health Organization. [Internet].2012 [citado 28 de septiembre de 2017]. Washington: Declaración de Alma-Ata. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
10. Macia Soler ML, Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería Global. 2007; 10: 1-14. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/256/260>
11. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. p. 99. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

12. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002;11(5-6):302-309. Disponible en:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005&lng=en

13. Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P. Economía de la salud: Fundamentos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006. p. 324.

14. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO. Regional Office for Europe, 1990. Disponible en:

https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf

15. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. Anales Sis San Navarra. 2006; 29(Supl 3): 61-74. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000600007&script=sci_abstract

16. Puyol González A. Ética y racionalidad de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Fundación Rafael Campalans. Informes FRC; 2007. p. 39-56. Disponible en:

<http://84.89.132.1/~puig/publicacions/Any2007/informesfrc1.PDF>

17. Repullo Labrador JR. Gestión clínica: modelo, instrumentos y experiencia [monografía en internet]. 2014 [citado 27 de julio 2016]. Madrid: Organización Médica Colegial. Recuperado de:

<http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/ABSTRACT%203%20MESA.pdf>

18. Villegas Periñán M, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. Dirección y organización. 2003; 29: 29-58. Disponible en:

<http://w.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewArticle/142>

19. Simón P, editor. Ética de las organizaciones sanitarias. Madrid: Editorial Triacastela; 2005. p. 224.

20. Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin. 1989;95: 385-388.

21. Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calid Asist. 2012 May-Jun;27(3):130-138.

22. Infante Campos A. Nuevo profesionalismo, educación médica y sistemas de salud. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(6): 2725-2732. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600011&lng=en

23. Luengo Martínez C, Paravic-Klinj T, Burgos-Moreno M. Profesionalismo en enfermería: una revisión de la literatura. Enfermería Universitaria. 2017; 14 (2): 131-142.

24. Organización Médica Colegial. Ética y Deontología. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España: Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.cgcom.es/deontologia>

25. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la enfermería española; 2017. Disponible en:

<http://www.codem.es/documentos-3/codigo-deontologico-de-enfermeria-espanola>

26. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas. Código Deontológico del Consejo General de Fisioterapeutas de España; 2002. Disponible en:

<https://www.consejo-fisioterapia.org/descargas/codigo-deontologico-cgcfe.pdf>

27. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Código de Deontología de la Profesión Farmacéutica; 2018. Disponible en:

<http://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/Documents/2018-Codigo-Deontologia-Profesion-Farmacaceutica-CGCOF.pdf>