



**DE LA COLECCIÓN** Los cuadernos sobre el valor social del medicamento componen una colección de ideas y referencias argumentales que se han elaborado con la pretensión de entender mejor cómo la innovación fármaco-terapéutica es un elemento fundamental para el progreso de nuestra sociedad, y cuál es el nivel del impacto que tiene en la mejora del bienestar y la salud de las personas. A través de determinadas dimensiones (salud, sanidad, sostenibilidad, innovación, ética, equidad, bienestar y país) autores expertos en cada materia han realizado un análisis plasmado en los diferentes cuadernos. Además, un número prólogo expone las

pretensiones y objetivos divulgativos de esta iniciativa editorial, y un número epílogo resume las principales aportaciones e ideas de los autores. La colección en su conjunto va dirigida tanto a responsables públicos como profesionales sanitarios, pacientes y público en general, en la pretensión de que puedan disponer de reflexiones solventes y actualizadas sobre este asunto. Es un proyecto de Johnson & Johnson desarrollado en colaboración con Healthy Numbers.

Este cuaderno, y los demás que componen la serie, están disponibles en la página web [www.jnjcontigo.es/es-es/vision](http://www.jnjcontigo.es/es-es/vision)

© 2025  
Janssen-Cilag, S.A.  
Todos los derechos reservados.

**Coordinación técnica y editorial**  
Healthy Numbers, S.L.

**Depósito Legal**  
M-27191-2024

Las opiniones expresadas en esta colección son únicamente de los autores y no representan necesariamente las opiniones o posturas de Janssen-Cilag, S.A. (una compañía de Johnson & Johnson).

Janssen-Cilag, S.A. no asume ninguna responsabilidad por el contenido o la precisión de las opiniones aquí expuestas.

## El valor social del medicamento en el plano ético



POR **Carlos Fuertes-Iglesias**

Carlos Fuertes Iglesias es un abogado y académico especializado en Derecho Penal. Licenciado en Derecho, con múltiples títulos de posgrado y un doctorado cum laude, es profesor en la Universidad de Zaragoza y dirige su propio estudio jurídico. Su experiencia abarca casos en diversos tribunales españoles e internacionales, con

énfasis en delitos sexuales, cibernéticos y derecho sanitario.

### 1. La ética del cuidado como factor vertebrador de la actividad sanitaria

Se ha dicho que “lo más humano del ser humano es el cuidado”, relacionando la vulnerabilidad intrínseca a nuestra propia naturaleza —como seres contingentes y necesitados de la protección ante la enfermedad, el sufrimiento o el propio dolor— a la ayuda de otros seres humanos<sup>1</sup>. La vulnerabilidad no es un elemento que deba ser entendido desde una perspectiva negativa. No es un lastre del ser humano. Ni siquiera es un objetivo que deba superarse en términos globales. Somos “entrañablemente” vulnerables, en un doble sentido, metafórico y real. Nuestras vísceras y órganos lo son, al albur de enfermedades y de limitaciones. Pero también es definitoria del ser humano esa cualidad que nos hace tan únicos, diferenciables e irrepetibles, como seres conscientes de nuestras vulnerabilidades personales, en mayor o menor medida.

Ni siquiera cabe plantearse en un modo utópico la vulnerabilidad como una cuestión contingente. Pensar que somos “actualmente” vulnerables, pero no esencialmente, es desacertado si nos ceñimos a un concepto amplio de vulnerabilidad<sup>2</sup>. Siempre seremos humanamente vulnerables en diversos aspectos, en un plano físico, psíquico, emocional, social o relacional. Luchamos por limitar esa vulnerabilidad, pero la fragilidad de la propia naturaleza humana es un rasgo biológico, e incluso con valor axiológico, que nos define.

Dicho de otro modo, ser vulnerables y ser conscientes de esa característica nos hace paradójicamente mucho más capaces de superar las adversidades e implementar el conocimiento técnico, la investigación y la innovación para superar las limitaciones que nos acucian, particularmente en relación con la salud, elemento central sobre el que se vertebra la existencia del ser humano y el desarrollo de cada uno de nuestros proyectos vitales.

Somos humanos porque nos preocupamos por cuidar, porque necesitamos ser cuidados, y porque confiamos en otros seres humanos para que lo hagan, desde nuestro nacimiento, a lo largo de nuestra vida y hasta nuestro final<sup>3</sup>. Por ello, si hay un ámbito de las profesiones a las que el ser humano puede dedicarse que destaca todo lo anteriormente dicho, es el de las ciencias de la salud.

Varios rasgos caracterizan el sentido de las profesiones sanitarias:

**1. Función de relaciones interpersonales.** Los seres humanos tenemos una necesidad de interdependencia, estructuralmente configurada.

**2. Capacidad de entender y compartir los sentimientos (empatía).** Los seres humanos somos capaces de crear, respecto de los semejantes, un sentimiento de aproximación y asimilación de su situación emocional. Posee dos vertientes: la empatía racional y la empatía emocional. En el ámbito sanitario, los profesionales de la salud tienen una difícil dicotomía en esta materia, puesto que, en ocasiones, la empatía se ha tratado de considerar un defecto del buen sanitario, unido a un concepto —seguramente mal concebido— de autoridad, en la que una dosis adecuada de empatía hacía peligrar el puesto de serenidad que el médico o profesional sanitario debe representar frente al paciente. Nada más lejos de la realidad<sup>4</sup>.

La autoridad moral de los facultativos y de los profesionales de la salud se refuerzan a través de la empatía<sup>5</sup>. El acompañamiento al paciente en el proceso de enfermedad —sea en atención a su curación, estabilización o desenlace, en cualquier caso, para que constituya verdade-

ro cuidado—, ha de sustentarse en una relación en la que el profesional sea capaz de gestionar este valor de manera adecuada. La visión del profesional sanitario que, objetivo e impávido, no muestra una mínima conexión emocional ni intelectual con el sentimiento del paciente es bilateralmente nociva: perjudica el principio de confianza —si es que no lo aniquila—, y en todo caso, es antiterapéutica (la credibilidad de los cuidados y prescripciones descansan, en muchos casos, en un acto de confianza del paciente, que no tiene por qué conocer todos los componentes de su situación, y en la que la relación empática constituye un factor clave).

**3. Contexto.** Las obligaciones de cuidado derivan de un marco espacial, temporal y relacional propio, marcado por obligaciones multifactoriales: afectivo/jurídico-normativas (v.gr. las que tienen los padres respecto de los hijos); sociales (v.gr. las que tiene un adulto respecto de un menor desconocido de escasa edad, al que ve solo y pretende ayudar ante su llanto incesante); contractuales (v.gr. el cuidador del niño que es contratado un día esporádico para llevarlo al cine); relacionales (v.gr. las que tiene un vecino respecto de los hijos del colindante, cuando juegan juntos en su finca).

En este sentido, las relaciones basadas en la prescripción farmacológica son relaciones que podríamos considerar asimétricas. El destinatario de la atención sanitaria (paciente/usuario) acude al sistema de salud (sea público, privado o en cualquier modalidad), esperando obtener una curación o alivio de sus patologías. La persona acude, por lo común, con un cierto grado de preocupación, la lógica de quien desconoce lo que afronta, que se incrementa a medida que la patología es de mayor entidad o gravedad. El dolor



o el sufrimiento son elementos imponderables y que admiten un amplio abanico de reacciones humanas y resistencia/resiliencia ante ellos.

El tratamiento, en el plano ético, podemos considerarlo un vínculo del prescriptor con el paciente/usuario, sustentado en la confianza, en una relación generalmente basada en la autoridad científica del profesional sanitario, que, reconocida como tal por el paciente, se somete a las prescripciones, desde la decisión sobre el fármaco concretamente aplicable, hasta la posología, e incluso a veces algo tan aparentemente menor como la forma de administración.

Por tanto, la ética del cuidado en la relación prescriptor/destinatario es el fundamento en el que se basa, en buena medida, el valor ético del medicamento en su proyección con los pacientes. Sobre esta base podemos explorar otros aspectos del valor ético social del medicamento.

## **2. El acceso y la accesibilidad a los fármacos como parte del valor ético del medicamento, en el marco de los derechos fundamentales**

**E**l acceso a los productos sanitarios entronca en cuestiones fundamentales en el plano ético: la justicia social, la equidad y la responsabilidad social que la comunidad debe a los miembros que la integran. Es decir, a una “ética social del cuidado”, que trasciende a la ética del cuidado interpersonal<sup>6</sup>.

La OMS entiende la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Tal atisbo de definición ha sido, posteriormente, contextualizada en el ámbito o desde la perspectiva de otras relaciones humanas. Particularmente, en el ámbito de la protección de los derechos económicos, sociales y culturales ha sido dispensada mediante el Convenio de Nueva York de la ONU de 1966 en esta materia.

La Observación General nº 14 de 2000 al artículo 12, que reflexiona entorno al acceso al “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, incorpora a la ecuación una afirmación que textualmente dice: “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios

y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”. Por ende, concebir el derecho de acceso a los fármacos como elemento que debe ponderarse, al menos en el plano ejecutivo, dentro del ámbito de los derechos fundamentales a la vida e integridad física y psíquica, en nuestro sistema, no supone un ejercicio de equilibrio ni voluntarismo jurídico.

El artículo 10.2 de la Constitución Española establece que los derechos fundamentales y libertades constitucionales deben interpretarse siguiendo la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados internacionales que España ha ratificado.

Considerando que el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es uno de esos tratados ratificados por España, es razonable afirmar que su artículo 12 tiene una conexión directa con elementos fundamentales del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica. Estos derechos están reconocidos como fundamentales en el artículo 15 de la Constitución, en relación con el artículo 53.1.

Aceptando la anterior premisa, podría concluirse la existencia de un criterio interpretativo que permitiría concebir el acceso a los medicamentos, en el marco de la tutela de la salud entendida desde la perspectiva de los derechos fundamentales invocados, como una obligación positiva del Estado de tal rango, que entronca en el deber de proteger y potenciar el ejercicio de los derechos fundamentales.

Precisamente, debemos ponderar este aspecto a la hora de valorar las condiciones económicas de accesibilidad a un fármaco, por parte del sistema público. Esto es, la incidencia que la decisión

pueda tener sobre el derecho a la protección a la salud en relación con el art. 15 de la Constitución Española que recoge el derecho fundamental a la vida y a la integridad física y moral.

Pero no solo son tales derechos los que se ven afectados en el acceso al medicamento o al servicio sanitario por parte de un paciente, que revisiten dicho carácter fundamental. En efecto, el derecho a la igualdad (art. 14 CE) aparece en esta ecuación con una vibrante presencia. Entorno a la conjugación de este concepto en el marco del sistema prestacional de servicios sanitarios de España, podrían escribirse —y, de hecho, se han escrito— ríos de tinta, debido a las sustanciales divergencias de criterios de organización, gestión y decisión de las diferentes Comunidades Autónomas, de las diversas provincias de éstas, e incluso, en muchas ocasiones, de las distancias entre zonas de salud, áreas sanitarias u hospitales, es decir, de calles o barrios. Todo ello resulta determinante en el acceso al servicio, al fármaco o a la terapia que se trate, como es conocido. Lo anterior, a pesar de la preponderancia del art. 14 de la Constitución, y de que el art. 2 a de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, preconiza como un principio rector “la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias”.

Respecto de lo anterior, resultaría inabarcable referir las inequidades que se aprecian en la práctica diaria en el acceso a ciertos productos, medicamentos o servicios, entre los usuarios del sistema de salud. Ello es una realidad que no debe ser negada, sino precisamente confronta-

**La vulnerabilidad no es una limitación, sino una característica esencial y valiosa que define nuestra humanidad y nos impulsa a cuidar y ser cuidados.**

**La ética del cuidado transforma las relaciones médico-paciente, otorgándole profundidad emocional y fortaleciendo la adherencia terapéutica.**

da en positivo: solo desde una concepción del acceso a los productos sanitarios y farmacéuticos como parte del contenido esencial de los derechos fundamentales de los ciudadanos a su integridad física, a su vida, en el marco de la dignidad inherente a toda persona, con derecho a no ser discriminado por razón económica, de origen o de residencia, podremos formular una legítima exigencia al Estado y a las Comunidades Autónomas. Son órganos al servicio del ciudadano que tienen el deber ético de procurar, no solo la protección de la salud de su población —principio rector—, sino una tutela de derechos fundamentales como la igualdad de acceso, sin discriminación, a la cartera de servicios de salud.

Lo contrario podría plantear, además de posibles interrogantes desde el punto de vista jurídico, ciertos cuestionamientos desde la perspectiva bioética<sup>7</sup>. La circunstancia de que vivir en un lugar u otro pueda influir en las decisiones administrativas que afecten al acceso a determinados medicamentos —particularmente aquellos de relevancia terapéutica y cierto impacto económico, dado que esta problemática no suele manifestarse en situaciones más ordinarias— podría considerarse, desde una óptica ético-social, como una situación que merece una reflexión crítica<sup>8</sup>.

Además, podría presentarse cierto desajuste relacionado con la creciente orientación hacia criterios económicos en la prescripción de medicamentos, a través de los denominados “indicadores de prescripción”, lo cual podría estar generando ciertas preocupaciones de índole legal y asistencial. Esta tendencia podría incidir en que el criterio clínico se vea influenciado por consideraciones presupuestarias, lo que eventualmente podría afectar la autonomía profesional del médico en sus decisiones terapéuticas y

contribuir a la aparición de ciertas diferencias territoriales en el acceso a determinados fármacos, planteando interrogantes respecto a la equidad y cohesión territorial del Sistema Nacional de Salud.

La repercusión de esta realidad resulta particularmente preocupante cuando la analizamos desde los principios fundamentales de la bioética y la ética del cuidado. La imposición de restricciones en la prescripción basadas en criterios económicos compromete el principio de beneficencia, al limitar la capacidad del profesional sanitario para ofrecer el tratamiento que considera óptimo para cada paciente en su contexto específico. Esta situación genera un conflicto ético significativo para los profesionales sanitarios, quienes se ven forzados a equilibrar sus deberes como profesionales y miembros de una organización sanitaria que establece sus normas. Además, esta práctica incide en el principio de justicia distributiva en la atención sanitaria, ya que establece barreras artificiales en el acceso a determinados tratamientos basadas en criterios geográficos y no en necesidades clínicas reales.

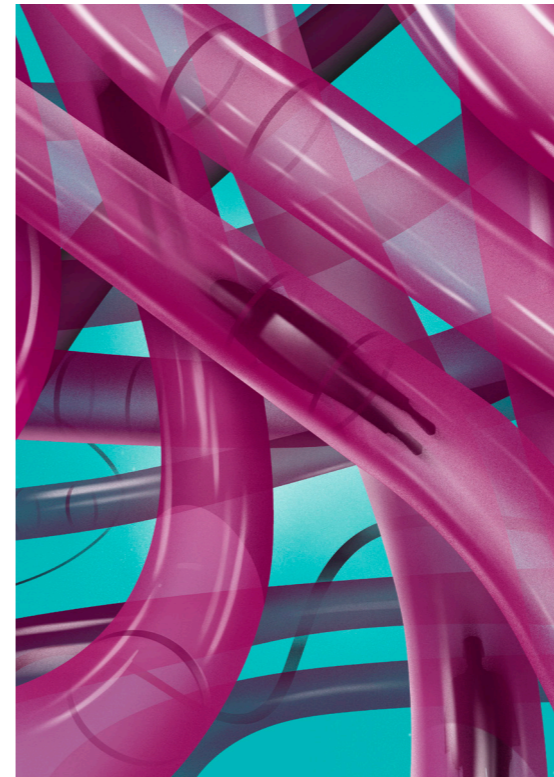
Desde la perspectiva de la ética del cuidado, que enfatiza la importancia de la relación terapéutica y la atención individualizada, estas restricciones suponen una erosión de la confianza en la relación médico-paciente, al introducir factores externos que condicionan las decisiones terapéuticas y pueden comprometer la calidad asistencial. El principio de autonomía del paciente también se ve afectado, pues se limita su capacidad de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento cuando determinadas opciones terapéuticas quedan excluidas por motivos puramente económicos.

### **3. Conclusión sobre el valor del medicamento en la alianza terapéutica: una relación de confianza**

**E**l paciente que sufre cualquier enfermedad, desde las más leves a las más delicadas, suele mantener —ello es lo habitual y lo deseable— una constante vinculación con el facultativo que le atiende, con el equipo sanitario en que se integra, sustentada en la confianza<sup>9</sup>. El art. 7.1 del Código de Deontología Médica de la OMC establece, como premisa sustancial, que “la asistencia médica exige una relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza”. Adicionalmente, en materia de medicamento, conviene recordar dos premisas sustanciales en el plano ético-médico que son difícilmente cuestionables. Por una parte, el art. 20.1 recuerda que “la prescripción es un elemento esencial del acto médico, por lo que el médico es responsable de realizarla”. Tal elemento, que puede parecer incluso una obviedad, es en muchas ocasiones un factor controvertido en la práctica clínica habitual. En adición, el art. 20.2 incide: “El médico tiene que disponer de libertad de prescripción, respetando la evidencia científica, las indicaciones autorizadas y la eficiencia”.

Por parte de algunos órganos se está queriendo hacer ver que la decisión terapéutica ha de ser un elemento colegiado, incluso no exclusivamente médico, sino también coligado a otros intereses, en los que en ocasiones intervienen incluso profesionales ajenos a tal ámbito.

Dicho de otro modo, cabe preguntarse si nuestros médicos hoy son verdaderamente libres para prescribir, dentro de la evidencia científica, las indicaciones autorizadas y la eficiencia.



La alusión a la eficiencia, que ha de ser innegablemente un criterio ponderador adicional, no puede distorsionar el orden de los factores ni el producto de la reflexión, ni totalizar la misma reduciendo o simplificando los procesos de decisión al plano exclusivamente económico.

Evidentemente, todo sistema de salud ha de regirse teniendo en cuenta, entre otros factores, los criterios de eficiencia, entre los que están los más crematísticos, puesto que ha de tratar de garantizarse la sostenibilidad a medio y largo plazo del modelo. Ahora bien, dicha eficiencia

económica no se puede hiperbolizar ni convertir en el centro de la decisión facultativa sobre el tratamiento adecuado para un paciente, ni conviene admitir, en el plano estrictamente bioético, las confusiones argumentales que en este ámbito se suelen preconizar. Las diatribas que surgen entorno a la prescripción farmacológica y su viabilidad económica suelen enfocarse desde una perspectiva errada en origen, al considerar exclusivamente los factores económicos a corto plazo como criterios de peso en la decisión, obviándose tanto factores económicos a medio y largo plazo como otros valores, más allá de los económicos, que un Estado social debe aspirar a proteger o preservar.

Respecto de los primeros, cabe reseñar la escasa relevancia e infravaloración que, en algunos procesos de decisión sobre autorización para prescripción farmacológica —la que se adopta en órganos colegiados y estructuras internas de decisión—, se otorga a aspectos cuantificables económicamente, tales como las sucesivas hospitalizaciones, las incapacidades temporales o incluso permanentes, que puedan incrementarse en relación con ciertos tratamientos frente a otros.

Centrándonos en la confianza entre el médico y el paciente, así como entre éste y su familia o su entorno: ¿cuánto vale la confianza, la credibilidad, la tranquilidad de un enfermo que siente que en el equipo humano que le trata? Es un valor incalculable. Si la salud se reduce a una situación de cierto bienestar, y la enfermedad es su antagonista, esto es, la angustia, el malestar o el desasosiego, el valor del medicamento (imponderable pero determinante) es la confianza que suscita en el paciente para su alivio, mejora o curación.

El medicamento es uno de los vínculos que el médico establece en la alianza terapéutica con el paciente. Éste acude ante un malestar o una situación de enfermedad, y a partir de ahí, se crea un vínculo con sus cuidadores, aquellos profesionales que, desde su conocimiento, formación y experiencia, orientan la labor de diagnóstico y tratamiento con arreglo a sus criterios técnicos.

Tan ilógico sería sustentar toda la relación terapéutica en la mera confianza, obviando la eficacia del propio tratamiento, como relegar a una cuestión puramente química el restablecimiento del paciente a un estado de bienestar, o el control de sus síntomas o padecimiento en aquellos casos en que no es posible tal reversión.

En esa particular relación, conviene volver a la vista atrás y reivindicar ciertas esencias, que no por antiguas son trasnochadas, sino más actuales que nunca: los enfermos seguimos siendo enfermos; los profesionales de la salud actúan en beneficio de sus pacientes, con extraordinaria vocación en la mayor parte de casos; y la confianza, la clave de bóveda del valor social y ético de la relación terapéutica, en la que el fármaco ocupa un papel determinante, no solo tiene relevancia en términos científicos, sino emocionales y psíquicos.

El primer paso para una mejoría y una curación comienza con la sonrisa del médico, con su palabra o con algo de tacto, de tiempo —el más escaso bien de nuestros días—. Sigue por un tratamiento, a veces puramente farmacológico, otras, combinado con otras terapias. Y todo en el marco de una alianza terapéutica, en la que la implicación del paciente en su propio proceso de tratamiento da sentido a un abordaje holístico de su propia situación. Olvidar el valor ético del tra-

tamiento médico es desconocer su naturaleza: la relación de confianza y de confidencialidad como pilares de su capacidad de producir un beneficio para el paciente. Un valor sobre el que nuestra sociedad está asentada. ●

## BIBLIOGRAFÍA MENCIONADA

- 1 Boldova Pasamar MA. **Tratado de derecho y envejecimiento: la adaptación del derecho a la nueva longevidad.** Wolters Kluwer; 2021.
- 2 Neal M. **The idea of vulnerability in healthcare law and ethics: from the margins to the mainstream?** En: Bedford D, Herring J, eds. *Embracing Vulnerability: The Implications and Challenges for Law.* Routledge; 2020. p. 91-113.
- 3 Nagel T. **What is it like to be a bat?**, en *The Philosophical Review.* 1974.
- 4 Malbois E, Hurst-Majno S. **Empathy is not so perfect! - For a descriptive and wide conception of empathy.** *Medicine, Health Care and Philosophy.* 2023;26(1):85-97.
- 5 Gual A, Oriol-Bosch A, Pradell H. **El médico del futuro.** *Revista de Medicina Clínica.* 2009;(8).
- 6 Wiley LF, Yearby R, Clark BR, Mohapatra S. **Introduction: What is Health Justice?** *J Law Med Ethics.* 2022;50(4):636-640.
- 7 Comité de Bioética de España (CBE). **Informe sobre el acceso universal al sistema sanitario.** Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 30 de julio de 2024.
- 8 Hofmann B. **Ethical issues with geographical variations in the provision of health care services.** *BMC Medical Ethics.* 2022;23(1):48.
- 9 Sanz Álvarez EJ. **Estudio: valores del médico y su carácter.** FEM: Revista de la Fundación Educación Médica 17 (Supl. 1)(2014):S23-37.

Casado A. **La protección jurídica de los derechos sanitarios.** Valencia: Tirant Lo Blanch. 2020.

● Estudio sobre la tutela jurídica de los derechos relacionados con la salud, desde una perspectiva constitucional y con enfoque práctico en los conflictos habituales en el sistema sanitario.

Held DV. **The ethics of care: Personal, political, and global.** Cary, NC, Estados Unidos de América: Oxford University Press; 2005.

● Presenta un análisis integral del cuidado como una alternativa ética con aplicaciones en políticas globales y sanitarias.

Tronto JC. **Moral boundaries: a political argument for an ethic of care.** New York: Routledge; 1993.

● Una obra fundamental que redefine la ética del cuidado como un marco político y filosófico, vinculando el cuidado a la justicia social y la equidad.

Hardy-Pérez AE, Rovelo-Lima JE. **Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico.** *Med Investig.* 2015;3(1):79-84.

● Cómo la ética médica y de investigación ha evolucionado históricamente, aplicándose hoy a la atención médica y la investigación en salud.

Busquets I., Alibés E. **La ética del cuidado: un nuevo paradigma sociosanitario.** Barcelona: Paidós; 2015.

● Explora cómo el concepto de cuidado se sitúa en el centro de las relaciones humanas, con un enfoque en el sector sanitario y su relevancia ética.

Fullat O., Victòria Camps. **Virtudes públicas.** *Enrahonar Int J Theor Pract Reason* [Internet]. 1992;18:79.

● Cómo los valores éticos y las virtudes personales pueden traducirse en virtudes públicas, con especial énfasis en la solidaridad y la justicia en el ámbito social y sanitario.

Tobin J. **The right to health in international law.** Oxford: Oxford University Press; 2012.

● Examina el derecho a la salud en tratados internacionales y su implementación en sistemas legales de diferentes países, destacando las desigualdades en el acceso a la atención.

23%

En 2025, aproximadamente el 23 % de la población no sabía que podía consultar su **historia clínica** de la sanidad pública por Internet, es decir, desconocía un canal para ejercer su derecho de acceso a la historia clínica reconocido por la Ley 41/2002.

**Barómetro Sanitario 2025** (1.ª oleada). Ministerio de Sanidad y Centro de Investigaciones Sociológicas.

19

Hasta 2020, una revisión documental identificó 19 **documentos autonómicos** sobre abordaje de la cronicidad (además de 3 documentos nacionales), y señaló que 11 comunidades estaban trabajando en la actualización de sus estrategias.

Fontán-Vinagre MG, et al. **Abordaje y atención a la cronicidad con tecnologías digitales en las políticas sanitarias en España**. Rev Esp Salud Pública. 2024;98:e202406040.



14,6%

En el curso 2017-2018, 6 de las 41 facultades de Medicina española (14,6 %) tenían una asignatura específica de **comunicación clínica**; la mayoría impartían estos contenidos de forma compartida con otras materias..

Ruiz-Moral R, García de Leonardo C, Cerro Pérez A, Monge Martín D, Caballero Martínez F. **Cómo se está incorporando, enseñando y evaluando la comunicación clínica en las facultades de Medicina españolas**. Educ médica. 2021;22:473-8.

80%

En España, el 80% de las personas con dos o más cronicidades son atendidas en consultas programadas de entre **5 y 10 min**.

OECD **Patient-Reported Indicator Surveys** (PaRIS). 2024 Nota publicada en 2025.

48,4%

En España, casi 1 de cada 2 pacientes crónicos que acuden a farmacias comunitarias es **no adherente** al tratamiento.

Llorca CVY, Cortés Castell E, Ribera Casado JM, et al. **Factors associated with non-adherence to drugs in patients with chronic diseases who go to pharmacies in Spain**. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4308.

70,1%

7 de cada 10 internistas españoles declaran enfrentarse a **conflictos éticos** “con frecuencia o casi siempre” en su práctica clínica.

Blanco Portillo A, García-Caballero R, Real de Asúa D, Herreros Ruíz-Valdepeñas B. **¿Cuáles son los conflictos éticos más frecuentes para los internistas españoles?** Rev Clin Esp (Barc). 2021;221(7):393-9.