

## Ética de la actividad preventiva en atención primaria



Rogelio Altisent<sup>a</sup>, Carles Brotons<sup>b</sup>, Rosa González<sup>c</sup>, Dolores Serrat<sup>d</sup>, Javier Júdez<sup>e</sup> y Diego Gracia<sup>f</sup>, para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud\*

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Actur Sur. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Epidemiólogo de la Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

<sup>c</sup>Enfermera. Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza. <sup>e</sup>Médica. Licenciada en Derecho. Profesora Titular de Medicina Legal.

Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. <sup>d</sup>Médico. Jefe de Proyectos de Bioética y Educación Médica.

Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. <sup>f</sup>Médico. Catedrático de Historia de la Medicina.

Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Director del Instituto de Bioética.

Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.

## Casos clínicos

A. Varios médicos de familia, que atienden cupos con más de 2.000 pacientes asignados, plantean al coordinador de su centro de salud que han dejado de realizar actividades preventivas, debido a que la masificación de la consulta de demanda les impide atender consultas programadas, lo cual se traduce en la imposibilidad de desarrollar el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), promovido por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), que ha sido incluido por la gerencia del área en la cartera de servicios. El principal argumento que los médicos esgrimen es que la enfermedad sintomática requiere una asistencia prioritaria, mientras que la detección de factores de riesgo se sitúa en un nivel de calidad asistencial de lujo, que deberá esperar mejores tiempos en que la gerencia disponga de más recursos y reduzca el tamaño de los cupos.

B. Doña Beatriz\*\* es una señora de origen alemán, con 20 años de residencia en España, que acude a su nuevo pediatra, el Dr. Alegre, para realizar la revisión de su hijo de 5 años, pero le advierte que deniega el permiso para vacunarse. El Dr. Alegre comprueba que este niño no ha recibido ninguna vacuna. La madre objeta que ponerle vacunas va contra sus creencias, pues piensa que las enfermedades deben superarse con las propias energías corporales y que las vacunas a la larga debilitan y pueden perjudicar seriamente la salud.

C. Don Alfredo, de 60 años, acude a la consulta de su médica de familia, la Dra. Castellón, con el resultado de una analítica del examen de salud laboral que registra un colesterol total de 265 mg/dl y LDL (lipoproteínas de baja densidad) de 180 mg/dl. El paciente exige a la Dra. Castellón que le prescriba directamente un determinado hipolipemiente de última generación, que según le han dicho es infalible para bajar el colesterol y seguir comiendo de todo. Cuando la Dra. Castellón sugiere la conveniencia de mantener un período con una dieta baja en grasas, previa a la decisión de prescribir el hipolipemiente, don Alfredo se enfada y plantea un conflicto que amenaza con la ruptura de la relación clínica.

D. Don Santiago, de 45 años, acude a su centro de salud solicitando tratamiento para su obesidad (índice de masa corporal [IMC] = 34). Le recibe su médico de familia, el Dr. Agudo, que le realiza una revisión y confirma la impresión de que se trata de una obesidad primaria. Además, el paciente refiere hábito tabáquico desde los 18 años, consumiendo actualmente 20 cigarrillos al día. Tras informarle sobre la conveniencia de suprimir el tabaco y explicar la necesidad de reducir la ingestión, aumentando el gasto calórico con mayor actividad física, el Dr. Agudo deriva al paciente a la consulta de la enfermera doña Blanca para realizar el seguimiento según el protocolo establecido. Se programan citas quincenales y posteriormente mensuales. El paciente ha decidido posponer la supresión del tabaco. Al cabo de 4 meses la enfermera observa que el peso se mantiene, tras ligeras pérdidas que vuelve a recuperar, y tiene sospechas de que D. Santiago no es sincero en el modo de relatar la observancia de la dieta recomendada. Casualmente recibe la confirmación de su intuición a través de los comentarios de un familiar del paciente. La enfermera doña Blanca comenta el caso con el Dr. Agudo y, ambos de acuerdo, deciden distanciar las citas, dedicando cada vez menos tiempo e interés al paciente.

## Preguntas que suscitan los casos clínicos

1. ¿Qué alcance tiene la obligación de realizar actividades preventivas en la práctica de un profesional sanitario? ¿Qué peso ha de tener la prevención en atención primaria de salud, frente a las actividades de curación y paliación?
2. La libertad de elección ante una medida preventiva puede tener consecuencias para la salud del propio paciente, pero también sobre terceros. ¿Hasta dónde puede llegar la presión o la influencia del profesional hacia el paciente?

\*Este trabajo ha sido escrito por Rogelio Altisent, Carles Brotons, Rosa González, Dolores Serrat, Javier Júdez y Diego Gracia, para la serie de artículos «Bioética para Clínicos» del Proyecto con el mismo nombre del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Los miembros del Grupo Técnico del citado proyecto son: Diego Gracia (director); Javier Júdez (coordinador); Rogelio Altisent; Javier Barbero; Francesc Borrell, Fernando Carballo; Pilar García-Olmos; Manuel de los Reyes; Pablo Simón; José Zarco. La Fundación de Ciencias de la Salud no se identifica necesariamente con el contenido de este trabajo, ni éste representa su posición oficial sobre los temas objeto de estudio en el mismo.

\*\*Aunque los casos clínicos están extraídos de experiencias reales de la práctica clínica, todos los nombres empleados en la recreación de los mismos son inventados y no corresponden a ninguna persona real.

Correspondencia: Dr. J. Júdez.  
Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud.  
Avda. de Pio XII, 14. 28016 Madrid.  
Correo electrónico: jjudez@fcs.es

Recibido el 19-9-2001; aceptado para su publicación el 4-10-2001.

Med Clin (Barc) 2001; 117: 740-750

3. En el terreno de la actividad preventiva, ¿qué criterios pueden ayudar a un clínico, a la hora de resolver los problemas éticos planteados entre la libertad del paciente, el criterio profesional del médico y el deber de equidad en la gestión de recursos?

4. ¿Qué justificación tiene la intervención sobre el estilo de vida? ¿Cuál debe ser la actitud del profesional ante las preferencias de un paciente? ¿Cuándo o en qué medida las opciones del paciente sobre estilos de vida implican que el profesional pueda ir disminuyendo su responsabilidad o su implicación en el cuidado de ese paciente?

Los problemas éticos que subyacen a estas preguntas se encuentran sintetizados en la tabla 1. Los términos más relevantes que se utilizan a lo largo de este artículo se recogen en el glosario que se encuentra al final del texto.

#### Marcos ético y normativo

La prevención es la clave para el control de muchas enfermedades. Esta evidencia ha trascendido más allá de la comunidad científica y ha pasado a formar parte del bagaje cultural del ciudadano en las sociedades desarrolladas. Sin embargo, el análisis ético de la actividad preventiva, tal como se está planteando en atención primaria, apenas ha merecido interés a juzgar por la bibliografía, lo cual no significa que la medicina preventiva no haya estado presente en la historia de la humanidad desde tiempos remotos. Por otro lado, los aspectos jurídicos y deontológicos de la medicina en su dimensión preventiva son poco conocidos por parte de los profesionales, aunque desde hace ya unos años estén reflejados en textos normativos como veremos a continuación.

Un esbozo de la historia de la salud pública puede ayudar a comprender el escenario ético y normativo contemporáneo, entendiendo la salud pública como el empeño colectivo de una comunidad por proteger y promover la salud y el bienestar de sus miembros<sup>1</sup>. Se pueden mencionar tres periodos históricos yuxtapuestos, que con diferentes modos e intensidades aún hoy siguen presentes.

Una primera fase paternalista correspondería a la medicina hipocrática o en su versión medieval a la escuela de Salerno, donde, por ejemplo, la dieta alimenticia podía ser impuesta al paciente, que era considerado un auténtico minusválido tanto físico como moral, teniendo el médico una enorme capacidad de injerencia en su estilo de vida.

Una segunda etapa se sitúa en torno a las reformas sociales que acompañaron y siguieron a la Ilustración, introduciendo con fuerza el concepto de medicina social estrechamente ligado al principio de justicia. Los Estados dictaron leyes para hacer frente a los problemas vinculados a las enfermedades de alta morbilidad y mortalidad. Se empezaron a adoptar soluciones serias para hacer frente a los problemas de salud de la población y se comenzó a trabajar con herramientas estadísticas y epidemiológicas elaboradas para determinar intervenciones sobre grupos sociales. Llegados a este punto resulta inevitable el conflicto entre salud pública y libertades individuales, entre justicia y autonomía.

La tercera fase se va introduciendo en el siglo xx a medida que se consolidan la victoria sobre la mayoría de las enfermedades infecciosas y la organización social de la asistencia sanitaria. El ciudadano se encuentra con la titularidad de un derecho a la protección de la salud que le permite acceder a medidas preventivas que le pueden beneficiar notablemente. Ahora bien, el poder decisorio ya no está en manos de los profesionales; a éstos les corresponde determinar la evidencia científica y hacer recomendaciones a las personas que de manera autónoma podrán adoptarlas. Lo que es

TABLA 1

#### Problemas que plantean los casos clínicos

1. La responsabilidad del profesional de atención primaria ante la prevención
2. Actitud ante los problemas derivados de la masificación asistencial
3. Decisiones frente al conflicto entre los derechos individuales y la salud comunitaria
4. Actitud y decisiones ante estilos de vida con riesgo para la salud
5. La dimensión educativa de la atención primaria de salud
6. La competencia en entrevista clínica como cuestión ética operativa

sin duda una conquista social empieza a complicar la toma de decisiones en la práctica clínica, pues los problemas éticos aparecen con una frecuencia que hace unos años era impensable. Sin embargo, conviene no perder de vista que este discurso sólo es aplicable a una parcela del planeta donde vive la minoría que constituye el «primer mundo».

Actualmente se puede hablar de una cuarta etapa incoada, la medicina predictiva ligada al conocimiento de la dotación genética de un ser humano desde la concepción o incluso previamente, a través de sus progenitores, de tal modo que ya se plantea la necesidad de que los profesionales de atención primaria integren los conocimientos de genética que les permitan asesorar y responder con competencia a las preguntas de sus pacientes<sup>2</sup>.

#### Ética de la medicina de familia

En las comunidades humanas hay actitudes y valores que van acumulando reconocimiento y aceptación hasta que conforman una tradición. Cuando una tradición razonable resiste el paso del tiempo, sumando voluntades, su cualificación moral es cada vez mayor. Este razonamiento puede aplicarse a la consideración de la actividad preventiva dentro de la comunidad científica que constituyen los profesionales de atención primaria de salud de nuestro entorno, una de cuyas señas de identidad es el compromiso con la salud de las personas ya antes de que se encuentren enfermas.

El desarrollo de la medicina de familia en España ha cristalizado en un perfil de responsabilidad para el profesional de atención primaria donde la actividad preventiva ha adquirido rango de obligación<sup>3,4</sup>. Esta manera de pensar, ahora ya generalmente aceptada, no era tan elemental hace tan sólo unos pocos años, cuando la actividad preventiva en los centros de salud era considerada por muchos como una loable afición de sectores ilustrados, o como un específico interés de algunos profesionales cautivados por el atractivo y las promesas de una medicina anticipativa. Tanto la Ley General de Sanidad como el Real Decreto 127/84 sobre la formación médica posgraduada y la Guía de formación de especialistas en medicina de familia y comunitaria<sup>5</sup> suministran suficiente apoyo legal para este perfil de responsabilidad que incluye la actividad preventiva. Por otro lado, hay textos de reconocido prestigio en el ámbito de la atención primaria donde se desarrolla esta doctrina<sup>6</sup>, recogiendo la notable experiencia que el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha acumulado en España desde 1988. La perspectiva que ofrece la bioética de la actividad preventiva centrada en los estilos de vida también ha recibido la atención de la semFYC<sup>7</sup>.

La aspiración a que la atención primaria ejerza su influencia preventiva en el ámbito individual, familiar y social en España se expresa muy bien en la denominación del especialista en medicina de familia y comunitaria. Todo ello es fiel exponente de cómo la salud ha sustituido a la enfermedad como espina dorsal del sistema sanitario.

Situar la salud como centro de la atención sanitaria plantea nuevas preguntas que requieren nuevas respuestas. Con-

viene señalar aquí que la aceptación de un concepto de salud como estado de bienestar supone y exige la consideración de los valores, de las creencias y del proyecto de vida de cada persona. Esto significa que ya no se puede hablar de una sola idea de salud y que el profesional necesita tener en cuenta los diferentes sistemas de valores y patrones culturales de las personas a quienes presta asistencia. De ahí que sea lógica la creciente percepción de que esclarecer los desafíos de la medicina preventiva necesita tanto de la ética como de la técnica, y esto es así porque nos movemos en el campo de las opciones vitales y las decisiones personales, en el terreno del estilo de vida y, en fin, en el ámbito de las libertades. Lo expresa muy bien Paul Ricoeur, en el marco de la ética filosófica, al plantear que «la prevención multiplica la opción».

#### Marco normativo

1. La Constitución Española de 1978 establece en su artículo 43 el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, con una mención expresa a la competencia de los poderes públicos en la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas, de las prestaciones y servicios necesarios, así como del fomento de la educación sanitaria.

2. Conviene conocer la Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, en cuyo artículo 3, y en relación con las enfermedades transmisibles, establece que la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar medidas para el control de enfermos y sus contactos que se consideren necesarias en caso de riesgo.

3. La Ley General de Sanidad de 1986 (LGS) se propone regular las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, que hace una referencia explícita a la existencia de deberes y derechos en relación con la prevención. De hecho, la dimensión preventiva impregna con reiteradas referencias la LGS, algunas de ellas especialmente significativas:

- En el artículo 3 se establece que el sistema sanitario estará orientado prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

- En el artículo 6 se señala que las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a la promoción de la salud, a la adecuada educación sanitaria de la población y a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

- En el artículo 9 se dice que los poderes públicos deberán informar a los usuarios del sistema sanitario de sus derechos, pero también de sus deberes.

Este último aspecto sobre las obligaciones de los ciudadanos, a menudo poco tenido en cuenta, se vuelve a subrayar con especial énfasis en el artículo 11, donde se concreta la obligación de cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como la responsabilidad en el uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.

- En el artículo 18.2 se define que la atención primaria integral de la salud, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, desarrollará actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.

- En el capítulo III, que trata sobre las áreas de salud, se concretan las funciones de los centros de salud, incluyendo el desarrollo de programas y actividades de prevención por

parte de los equipos de atención primaria, lo cual ya se había definido en el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud de 1984.

4. El Real Decreto (RD) de 1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, determina las modalidades financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales. Al desarrollar el capítulo dedicado a la atención primaria recoge, lógicamente, los programas de vacunación establecidos oficialmente. Pero además, concretando el espíritu de la LGS, hace explícita referencia a los programas de prevención, exámenes de salud con revisiones del niño sano, detección de factores de riesgo en mayores de 14 años, siempre que existan medidas de eficacia comprobada para eliminarlos o reducirlos, lo cual es una matización llena de sabiduría.

5. En relación con la obligatoriedad de las vacunas, es interesante mencionar la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, que en la Base 4.<sup>a</sup> sobre lucha contra las enfermedades infecciosas dice que «las vacunaciones contra la viruela y la difteria y contra las infecciones tíficas y paratíficas, podrán ser declaradas obligatorias por el Gobierno cuando, por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible, se juzgue conveniente. En todas las demás infecciones en que existan medios de vacunación de reconocida eficacia total o parcial, y que ésta no constituya peligro alguno, podrán ser recomendados y, en su caso impuestos por las autoridades sanitarias». Esta ley fue desarrollada en materia de lucha contra las enfermedades infecciosas con un reglamento aprobado por el Decreto de 26 de julio de 1945, con el Reglamento para la Lucha contra las Enfermedades Infecciosas, que establecía la obligatoriedad bajo sanción de estas vacunas para todo ciudadano. Este decreto fue parcialmente derogado por la ley 22/1980 de 24 de abril.

6. En relación con la lucha contra las enfermedades infecciosas en materia de prevención, también hay que tener presente el RD 2210/1995 de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, en cuyo Anexo 5 se recogen las enfermedades de declaración obligatoria, así como lo dispuesto por las diferentes comunidades autónomas.

#### Marco deontológico

Código de Ética y Deontología Médica de los Colegios de Médicos españoles. En el Código de Ética y Deontología Médica (CEDM)<sup>9</sup> de la Organización Médica Colegial (OMC) de España aprobado en 1999 encontramos escasas referencias explícitas a la actividad médica preventiva. Sin embargo, contiene importantes normas sobre los deberes profesionales en el cuidado de la salud. El análisis de este texto deontológico y su exégesis a partir de la moderna perspectiva de salud introducida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «estado de completo bienestar físico, mental y social», permitirán deducir de este código una serie de recomendaciones éticas que se analizan en los siguientes cuatro apartados:

1. La profesión médica está al servicio de la vida humana y de la sociedad (artículo 4). Esta visión de la profesión sanitaria como servicio tiene implicaciones éticas muy significativas que conviene refrescar ante el creciente potencial predictivo de la ciencia médica, que podría derivar en despotismo y dominación a gran escala si reflexionamos, por ejemplo, en los logros del Proyecto Genoma puestos en manos de intereses particulares. Del mismo modo, existen

riesgos en el marco de la relación clínica que se desarrolla en una consulta de atención primaria, según sea el modo de proponer una actividad preventiva por parte del médico o la enfermera de familia, que suelen tener un gran ascendente sobre la población que atienden de manera continuada.

2. Se establece claramente el derecho del paciente a la información sobre su enfermedad y sobre las pruebas que se le proponen, con el objeto de obtener el consentimiento informado (artículo 10), pero no se hace una mención expresa en su aplicación a la prevención. Sin embargo, actualmente no hay argumentos de peso en contra de aplicar al cuidado de la salud, por analogía, al menos lo que se aplica a la enfermedad. Por tanto, deducimos que, a la luz del CEDM, la filosofía del consentimiento informado tiene plena vigencia en la actividad preventiva.

3. El médico tiene la responsabilidad de prestar una atención de calidad, actualizada según el estado de la ciencia y de acuerdo con las posibilidades a su alcance (artículo 18). Este deber de actualización en conocimientos y destrezas compete a cada profesional individualmente, pero también es un compromiso de las organizaciones profesionales y de la administración sanitaria (artículo 21), lo cual tiene una especial relevancia en el campo de la prevención, donde el estudio y la investigación cooperativa resultan imprescindibles para asimilar y evaluar el caudal de información que se está generando en las últimas décadas, tal como está demostrando la experiencia de la Canadian Task Force on Preventive Health Care<sup>10</sup>, de la US Preventive Services Task Force<sup>11</sup> y del PAPPS<sup>6</sup> en España.

El profesional competente ha de evitar la desviación, tanto por defecto (dejando de ofrecer actividades preventivas de eficacia demostrada) como por exceso (recomendando medidas insuficientemente probadas) (artículo 22).

4. El cuidado de la salud del individuo se establece como un deber primordial y una lealtad principal del médico (artículo 4), que ha de hacerse compatible con los deberes profesionales para con la comunidad (artículo 6.1). Los deberes hacia el paciente individual no pueden analizarse aislados de la sociedad en que vive y requieren una consideración ponderada, a la luz de la equidad y la no discriminación. La distribución de recursos, tanto materiales como humanos, es un área especialmente sensible en atención primaria, que en un sistema nacional de salud debe tener en el punto de mira la justicia distributiva como un valor moral del más alto rango. Al aplicar estos criterios a la actividad preventiva también hay que prestar atención a la dedicación de tiempo de los profesionales, que es probablemente el recurso más escaso en atención primaria, lo cual no siempre se valora suficientemente.

Código Deontológico del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. El Código Deontológico-Normas de Ética Médica aprobado en 1998 por los Colegios de Médicos de Catalunya (CDC)<sup>12</sup> establece desde el primer artículo una referencia expresa a la promoción de la salud en el contexto de la definición de salud de la OMS, debiendo el médico aconsejar las acciones sanitarias más adecuadas en la defensa y promoción de la salud del paciente, con un punto de vista más amplio que el puramente asistencial (artículo 3). En el capítulo V del CDC dedicado al tratamiento se afirma textualmente que el médico deberá emplear todos los medios oportunos a su alcance para preservar el derecho fundamental del ser humano a la protección de la salud, haciendo la precisión de que tiene que hacer valer sus criterios respecto a las normas individuales y colectivas de higiene y prevención (artículo 41).

En relación con la información, el artículo 20 del CDC afirma que el médico tiene el deber de dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud, lo cual es naturalmente aplicable a la actividad preventiva. En el mismo artículo hay una precisión dedicada a que la información debe ser comprensible y prudente, y comprenderá también las medidas preventivas para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad, en una referencia a enfermedades infecciosas, pero luego en el artículo 21, ya en referencia a estilos de vida, se dice que el médico debe informar a la persona que atiende de los riesgos ligados a hábitos y entorno sociolaboral.

Código Deontológico de la Profesión de Enfermería española. El Código Deontológico de la Enfermería de 1989 (CDE)<sup>13</sup> establece ya en su prólogo referencias directas a la prevención al señalar que la profesión de enfermera constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, y concibe la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano que se relaciona con el estilo de vida de cada persona y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

El CDE establece claramente la obligación del profesional de respetar la libertad del paciente de elegir y controlar la atención que se le presta (artículo 6), el derecho del paciente a recibir información sobre su proceso y la obligación del profesional de mantenerle informado de forma veraz, dentro del límite de sus atribuciones y considerando las circunstancias y beneficio del paciente (artículo 7 a 13). Todo ello está plenamente vigente en el ámbito de la prevención.

El capítulo V del CDE se dedica a la promoción de la salud y bienestar social, estableciendo la obligación de los enfermeros de participar en el desarrollo de los programas de promoción de la salud (artículo 31), de velar porque dichos programas respeten la integridad y diversidad de la sociedad, así como reconocer y permitir su participación real en las decisiones que se tomen al respecto (artículos 32 y 33). Tampoco se olvida la gestión de los recursos, que deberá estar guiada por el principio de justicia social (artículo 34).

#### Deliberación práctica sobre el tema

El análisis ético de la actividad preventiva que corresponde realizar a los profesionales de atención primaria es un lugar privilegiado para comprobar de qué modo la ética clínica aplicada al ámbito de la medicina de familia puede hacer aportaciones significativas a la bioética más clásica, de marcado acento hospitalario<sup>14</sup>.

Tradicionalmente se ha asociado la bioética al estudio y resolución de dudas en la toma de decisiones, pero la experiencia nos enseña que la actitud puede ser una cuestión ética decisiva que se pasa por alto mientras se centra el debate en la toma de decisiones. Se observa que con una misma carga asistencial hay profesionales en atención primaria que prestan poca atención a la prevención, o se limitan a satisfacer las demandas expresadas por sus pacientes, mientras que otros se preocupan por desarrollar un programa de actividades preventivas, aunque sea a un ritmo lento y en función del volumen de la demanda asistencial, impulsados por el convencimiento de que un buen profesional también debe sentirse responsable de prestar atención y cuidados a la población aparentemente sana.

Se pueden encontrar diferentes tipos de profesional en función de su modo de situarse ante el paciente<sup>15</sup>, lo cual no depende necesariamente de los conocimientos científico-técnicos ni de los medios disponibles. Lo que señala el con-

traste es un marcador moral que llamamos actitud y que tiene la raíz en una opción personal muchas veces influenciada por el tipo de educación profesional que se ha recibido, no sólo formal, sino informal<sup>16</sup>, e incluso «oculta»<sup>17,18</sup>. Actualmente, es evidente que actividades como la detección de factores de riesgo cardiovascular o el consejo antitabaco no se pueden definir como una afición de algunos profesionales más motivados, lo cual ha de transmitirse de manera convincente, con la teoría y con la práctica, a los jóvenes profesionales en formación. En otras palabras, hay que prestar atención a la formación en las actitudes y los compromisos que configuran el perfil del tipo de profesional que la sociedad precisa y que la comunidad médica debe ofrecer, a la luz del estado actual de la ciencia. La excelencia es la actitud ética básica a la que debe aspirar el profesional<sup>19</sup>.

Si utilizamos el esquema clásico que divide la prevención en primaria, secundaria y terciaria, podríamos decir que la prevención primaria es una responsabilidad de amplio espectro que corresponde a toda la sociedad y al Estado, a través de la promoción de unas condiciones de vida que eviten los problemas de salud (p. ej., educación para la salud en la familia y en la escuela, legislación que dificulte el desarrollo de hábitos tóxicos, planes de vacunación). En este nivel los profesionales de atención primaria deben colaborar, pero individualmente no podrán asumir siempre la principal y exclusiva responsabilidad, que corresponde sobre todo a la Administración Pública.

La prevención secundaria se plantea la detección temprana de un problema de salud incipiente con el fin de facilitar una intervención eficaz antes de que llegue a transformarse en una enfermedad, cuyo tratamiento resultaría más costoso o de peor pronóstico. En este segundo nivel podemos considerar que la atención primaria debe asumir un protagonismo principal y una responsabilidad ineludible, porque es el contexto donde se puede acceder a la detección temprana de gran parte de los problemas de salud donde la prevención es eficiente (pensemos en los factores de riesgo cardiovascular mayores o en determinados tipos de cáncer). Por último, en la prevención terciaria, que se propone la recuperación de la salud tras la enfermedad ya establecida y evitar sus secuelas, es donde la medicina de familia también cumple un papel decisivo, pero generalmente compartiendo responsabilidades con otros niveles del sistema sanitario.

Resumiendo este punto dedicado a la actitud como cuestión ética fundamental, se podría afirmar que resulta lógica la deducción que sitúa la actividad preventiva en el más alto rango de los deberes, cualquiera que sea la posición de un determinado profesional en el sistema sanitario, pero es evidente que en atención primaria esto exige cultivar una actitud positiva y cooperativa en los tres niveles de la prevención. Si acercamos este enfoque a la práctica clínica, se puede subrayar una especial responsabilidad en las siguientes cuestiones:

1. Actividades de prevención secundaria, donde ya hay un importante y fundamentado cuerpo de doctrina.
2. La necesidad de avanzar en la difícil tarea de la modificación de aquellos estilos de vida que hacen daño a la salud, donde se abre un desafiante campo de investigación, especialmente desde la ética, pues es evidente la implicación de la libertad personal en este terreno.
3. La atención a familias y grupos con alto riesgo para desarrollar determinadas enfermedades. Aquí de nuevo hace aparición la ética ante el potencial predictivo que supone el conocimiento de la información genética de los individuos.

TABLA 2

Gradación de la calidad de la evidencia científica utilizada por la Canadian Task Force on Preventive Health Care<sup>10</sup> y la US Preventive Services Task Force<sup>11</sup>

I.	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorio controlado
II-1.	Evidencia obtenida de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria
II-2.	Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles, preferentemente realizados en más de un centro o equipo de investigación
II-3.	Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. Los resultados sorprendentes en experiencias no controladas también pueden ser incluidos en este grado de evidencia
III.	Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos, informes de casos o informes de comités de expertos

4. En el campo técnicamente ya consolidado de las vacunaciones, la búsqueda de respuestas adecuadas a algunos problemas ético-legales que se vienen suscitando.

Los problemas éticos en la toma de decisiones que surgen en el contexto de la actividad clínica preventiva son frecuentes. Al profesional se le plantean dudas cuando entran en conflicto deberes y derechos, encontrándose ante la encrucijada de diferentes cursos de acción. Ya es un clásico de la bioética el análisis de problemas a partir de los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia como equidad<sup>20</sup>. Este mismo enfoque se ha utilizado en esta serie de artículos como referencia no excluyente<sup>21</sup>.

En el marco de la prevención aplicada en una consulta de atención primaria, la popular tetrada de principios bioéticos adquiere una singular perspectiva. El principio de beneficencia exige que, antes de realizar una actividad preventiva, se debe garantizar que tiene un soporte en pruebas correctamente evaluadas. La efectividad de las pruebas de detección o de las intervenciones propuestas debe haberse demostrado con un adecuado grado de evidencia (tabla 2) para evitar molestias inútiles o perjuicios a sujetos que, por otra parte, quizá no demandaban esa asistencia, lo cual es una exigencia del principio de no maleficencia. Más allá del ámbito de la prevención, ya se ha visto esta dinámica con detalle en otro trabajo de esta serie al hablar del uso racional de recursos<sup>22</sup>.

No siempre es fácil diferenciar el principio de beneficencia y el de no maleficencia, que puede interpretarse como una exigencia básica del primero. En el ámbito de la prevención, la beneficencia puede recomendar la actuación y la no maleficencia la abstención de intervenir. Por ejemplo, la vacuna de la rubéola está indicada de manera sistemática en la población infantil, lo cual es expresión del principio de beneficencia, pero estaría contraindicada en una mujer embarazada, en función del principio de no maleficencia. Este ejemplo es intuitivo para entender que, cuando realizamos un análisis ético a partir de la tetrada de principios, el de no maleficencia es de rango superior al de beneficencia. Esto se puede simplificar expresando con lenguaje médico que la beneficencia es la indicación y la no maleficencia la contraindicación. La indicación no siempre es obligatoria, porque de hecho puede haber varias alternativas, incluida la abstención; sin embargo, la contraindicación siempre es imperativa.

En el terreno de la prevención, el principio de beneficencia obliga a disponer de algún tipo de evidencia para hacer una recomendación (tabla 3), pues de otro modo se estaría practicando la charlatanería, condenada por el Código de

Ética y Deontología en su artículo 22. Las medicinas alternativas, que también se plantean objetivos preventivos, tienen en este punto una difícil posición que plantea complejos problemas éticos<sup>23-25</sup> y los médicos que las aplican están obligados a informar a los pacientes de forma clara e inteligible. Generalmente los deberes de no maleficencia son prescripciones negativas de acción que ofrecen razones para establecer normas legales, en contraste con las obligaciones de beneficencia, que rara vez ofrecen razones para la sanción legal<sup>26</sup>. De hecho, producir daño mediante una acción preventiva no es frecuente y todavía menos llegar a demostrarlo.

Este punto invita a recordar la diferencia entre los objetivos y el razonamiento de la ética y del derecho<sup>21</sup>. La ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta en sí misma: esto está bien o mal. Las leyes –el derecho civil, penal o administrativo– se ocupan de analizar el mismo hecho desde otra perspectiva, la de garantizar el respeto de los derechos de los demás componentes de la sociedad, llegando a la sanción si ello fuera necesario. Desde el punto de vista ético respondemos ante nuestra conciencia, y desde el punto de vista legal ante la autoridad competente.

Al tratar la actividad preventiva se observa que, si bien hay abundantes menciones legislativas sobre esta modalidad sanitaria, van a ser contadas las ocasiones en que, comparativamente con la medicina curativa, el peso de la ley caiga sobre un profesional por una mala praxis en este campo. Esto se debe en buena medida a la propia naturaleza de la prevención, donde se diluyen las responsabilidades legales, porque los resultados se prolongan en el tiempo y es difícil demostrar relaciones causa-efecto en un determinado individuo. Se ha dicho que la atención preventiva beneficia a desconocidas vidas estadísticas, mientras que las intervenciones críticas salvan vidas identificables<sup>27</sup>, pero esto hay que entenderlo bien, porque la realidad es que, gracias a la prevención, hay vidas que mejoran de manera sustancial y evidente. Lo cierto es que para el médico las actividades de tipo curativo son más gratificantes que las de carácter preventivo porque el resultado suele ser más inmediato y tangible, mientras que en las actividades preventivas no ve el resultado directo de su atención y, por tanto, tiene que hacer un «acto de fe» en que su actuación puede ser beneficiosa para el paciente y para la comunidad<sup>28</sup>.

Este análisis diferencial entre ética y derecho nos interesa para subrayar que la dimensión preventiva de la medicina necesita del impulso de la ética de una manera especial. Una cosa es constatar que desde el punto de vista legal se diluyen las responsabilidades, y otra diferente es pensar que el imperativo moral sea de segundo orden.

Según McWhinney<sup>29</sup> los tipos principales de actividad preventiva que ejercen los médicos de familia son: a) inmunización; b) educación sanitaria: nutrición, hábitos tóxicos, educación sexual, etc.; c) evaluación del desarrollo: lactancia, niñez y pubertad; d) cribado (screening), procedimiento aplicado a un grupo no seleccionado para identificar sujetos con riesgos, y e) detección de casos (case finding), esto es, identificación en el paciente de un riesgo por parte de su médico aprovechando la oportunidad que ofrece una consulta por otro motivo diferente.

En una prueba de detección de sangre oculta en heces con el objetivo de detectar tempranamente un cáncer de colon, es evidente que no tendría la misma consideración ética un falso positivo en un paciente asintomático que solicita la prueba a su médico de familia, que un falso positivo de una prueba solicitada por iniciativa del médico o en una campaña de detección masiva en la población. El coste psicológico de un error de esta naturaleza es un riesgo que un paciente

TABLA 3

Clasificación de las recomendaciones preventivas según la fuerza de la evidencia científica utilizada por la Canadian Task Force on Preventive Health Care<sup>10</sup> y la US Preventive Services Task Force<sup>11</sup>

- |  |
|--|
| <p>A. Existe buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud</p> <p>B. Existe suficiente evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente incluida en un examen periódico de salud</p> <p>C. Existe pobre evidencia para la inclusión o la exclusión de una actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales</p> <p>D. Existe suficiente evidencia que sostiene que la actividad sea excluida del examen periódico de salud</p> <p>E. Existe buena evidencia que sostiene que la actividad preventiva sea excluida del examen periódico de salud</p> |
|--|

asume libremente al solicitar la prueba, mientras que en el caso de una campaña de cribado en la comunidad se considera que los responsables sanitarios habrán evaluado previamente que los riesgos están justificados por los beneficios<sup>30,31</sup>, considerando al grupo social como si de un individuo se tratara. En cualquier caso, a la anterior relación de cinco actividades preventivas habrá que añadir una sexta: la actividad preventiva (de detección o de intervención) solicitada por iniciativa del paciente, que desde el punto de vista ético plantea relevantes elementos diferenciales que el médico deberá considerar para determinar el tipo de información que garantiza la calidad ética de su actuación profesional.

Tampoco podemos olvidar el llamado fenómeno de etiquetaje (labeling), que se produce cuando la detección de verdaderos positivos se traduce en un efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes. Un ejemplo muy claro lo tenemos en el caso de la hipertensión; se ha comprobado que personas que habían llevado una vida completamente normal, después de haber sido diagnosticadas de hipertensión, aumentan sus tasas de absentismo, independientemente de su situación clínica o de la respuesta al tratamiento<sup>32</sup>.

La enorme cantidad de conocimientos que es preciso manejar para hacer actualmente esta evaluación sobre lo que está indicado y contraindicado en prevención hace necesarios los grupos o comités de expertos que elaboren informes técnicos y recomendaciones para los profesionales que ejercen la práctica clínica<sup>10,11</sup>.

El principio de autonomía reclama el respeto hacia la libertad del paciente para elegir y tomar sus propias decisiones, pero esto exige proporcionar la información adecuada sobre una determinada medida preventiva, lo cual no deja de ser un auténtico desafío profesional, en el que no se pueden establecer pautas rígidas. La autonomía del paciente opera sobre las alternativas que le ofrece el profesional, es decir, sobre el terreno de la beneficencia o, dicho en otras palabras, sobre la variedad de indicaciones disponibles, con diferentes posibilidades de éxito. Sin embargo, lo que no sería aceptable es que la autonomía del paciente pueda decidir sobre la no maleficencia, ya que la contraindicación no depende de la voluntad de las personas. Es decir, una persona puede rechazar lo indicado, pero no puede exigir lo contraindicado.

Proponer que el respeto escrupuloso de la autonomía del paciente exige transmitirle información sobre todas las opciones disponibles, con sus diferentes probabilidades de éxito y los correspondientes riesgos, puede presentarse como una misión imposible. Ante este planteamiento, que ha suscitado críticas y escepticismo, hay que decir con claridad que lo imposible no es moralmente exigible. La relación clínica debe estar presidida por el sentido común y la

racionalidad, en un clima de confianza que en atención primaria lleva al paciente a acudir a un determinado profesional, que es quien debe hacer un ejercicio de prudencia para decidir el modo de informar a un determinado paciente y en unas determinadas circunstancias: características personales del paciente y de su entorno, disponibilidad de tiempo, etc. Como criterio práctico se recomienda proporcionar la suficiente información para garantizar decisiones responsables. Esto no es sólo una cuestión de cantidad, sino también de calidad. No basta con emitir el mensaje, también debe garantizarse una adecuada recepción<sup>33</sup>, y nadie mejor que el médico y la enfermera de familia para hacer esta evaluación. Pero lo que no sería correcto es suplantar la voluntad del paciente ignorando la filosofía del consentimiento informado, que además del fundamento ético y deontológico, en nuestro medio también tiene actualmente un soporte legal tanto en la Ley General de Sanidad como en el Convenio de Bioética de Europa<sup>34</sup>. En otro trabajo de esta serie se han presentado distintos modelos de relación clínica y se ha alentado uno flexible, personalizado, comprometido y deliberativo<sup>35</sup>.

La equidad, entendida como justicia distributiva, es el principio que conduce a intentar que todos los pacientes tengan acceso a las mismas medidas de prevención. Esto supone no hacer discriminación en la oferta de oportunidades, lo cual no es tarea fácil cuando pensamos en las diferencias socioculturales que se pueden observar entre los usuarios del sistema sanitario. Hay pacientes que parecen desaprovechar los recursos invertidos, lo cual choca con el ideal de la eficiencia, estrechamente vinculado a la equidad en la distribución de un recurso tan escaso como es el tiempo del profesional, pues el tiempo perdido con un paciente deja de ser invertido en otro.

Hay pacientes que plantean un problema ético que se presenta como un enfrentamiento entre el derecho a la autonomía personal y el deber profesional de justicia. Aunque ésta es una situación que actualmente se presenta con relativa frecuencia, es ciertamente algo novedoso en la historia de la ética médica. Al prestar atención sanitaria se observan diferencias entre los pacientes que pueden catalogarse como resultado de la mala fortuna por lotería natural o social, pero hay otras situaciones que son el producto de algún tipo de conducta donde han intervenido el mérito y la responsabilidad personal. Aunque intuitivamente estos criterios deberían ser de algún modo valorados a la hora de establecer prioridades, algo ineludible en un Sistema Nacional de Salud, en la práctica la cuestión no resulta nada sencilla y es especialmente sensible cuando el profesional debe tomar decisiones que afectan a pacientes que se atienden de forma continuada, con quienes se suelen establecer relaciones humanas cordiales. Hay casos, además, donde la influencia negativa del entorno social (educación, publicidad, marginalidad, etc.) ha sido determinante para el desarrollo de un determinado estilo de vida pernicioso para la salud, como puede ocurrir con las dependencias de tóxicos, de manera que se podría interpretar que la comunidad también debe asumir su responsabilidad a la hora de invertir recursos y determinar prioridades.

#### Comentario final sobre los casos

##### Caso A

La primera lectura de este caso invita a definir con claridad los elementos que son objeto de análisis, lo cual es una tarea muy propia de la ética clínica. ¿Qué están expresando los médicos al comunicar al coordinador que dejan de reali-

zar el programa de actividades preventivas? Bien pensado, no es exacto decir que abandonan la práctica de la dimensión preventiva de la medicina, porque con toda seguridad seguirán dedicando una parte de las consultas de demanda a atender, por ejemplo, a pacientes con hipertensión o con dislipemia. Lo que sin duda plantean estos médicos es la enorme dificultad que están teniendo para trabajar con la sistemática y los registros propios de un programa, con la consiguiente imposibilidad de evaluación y la correspondiente devaluación científica que esto supone. Pero hay que señalar que esto no es específico de la actividad preventiva, pues la misma lógica también podría aplicarse a la medicina curativa o paliativa. Conviene precisar que las actividades preventivas no requieren necesariamente de consultas programadas, aunque muchas veces sea éste el marco más favorable para su aplicación, como ocurre, por ejemplo, cuando hay que elaborar la historia clínica completa de un nuevo paciente o cuando se realiza un examen de salud, ya sea por iniciativa del facultativo o del propio paciente.

El estado actual de la ciencia permite establecer que una serie de actividades preventivas tienen, al menos, el mismo rango que otras medidas curativas en el ámbito del deber médico de beneficencia. Conviene deshacer el mito demasiado extendido de que la prevención siempre es superior a la curación. Ahora bien, si se puede afirmar que el beneficio de muchas intervenciones preventivas aventaja considerablemente al de las intervenciones curativas. El consejo sobre hábitos saludables, el cribado eficiente o las vacunaciones recomendadas tienen la misma importancia que problemas de la órbita curativa como pueden ser el tratamiento de una fibrilación auricular, la detección de una esplenomegalia o la auscultación de un soplo cardíaco. Es cierto que un paciente que no haga ejercicio, o tenga múltiples parejas sexuales o consuma alcohol en exceso los fines de semana y conduzca sufre una amenaza para la salud muy superior a lo que suponen la mayoría de problemas de salud de una lista convencional.

Lo que subyace en el problema que plantea este caso es la masificación que está presente en muchos ámbitos, sobre todo urbanos, de la atención primaria de salud en España. El excesivo número de pacientes asignados a cada médico de familia imposibilita la prestación con unos niveles de calidad asistencial adecuados. En España, hace 20 años un usuario de la sanidad pública valoraba como un auténtico lujo determinadas ofertas asistenciales en atención primaria; las mismas que hoy reclama como un derecho, porque además tiene soporte legal para hacerlo. Esto supone una verdadera conquista social, pero si los avances no se consolidan con recursos se convierten en una fuente de agrios conflictos, que son especialmente sensibles en el campo de la salud. Es evidente que este caso tiene un trasfondo político, en la medida que en la sociedad se han consolidado unas expectativas de calidad asistencial acordes con el desarrollo del bienestar social, refrendadas legalmente, que son incompatibles con la masificación que sufren muchos centros de salud.

Estos médicos no han acertado a la hora de definir el problema, que no se circunscribe sólo a la actividad preventiva sino a toda la asistencia que prestan, y que está estrechamente vinculado al excesivo número de pacientes que se ven obligados a atender. En las circunstancias que se plantean en este caso existe el deber de priorizar la dedicación de tiempo del profesional, como recurso, lo cual es una obligación que siempre estará presente, aun en la situación más favorable; pero no sería correcto castigar la parcela preventiva. Aunque sería un interesante debate, no se pretende analizar aquí los criterios que deben regir esta priorización. De

todos modos, lo que sí procede es establecer y definir que un buen profesional de atención primaria debe tener una actitud positiva y ponderada del papel y el peso que la prevención ha de tener en su tarea clínica, una actitud que sin duda contribuye a definir un determinado perfil de responsabilidad que le diferencia claramente de otras especialidades. Planteando la cuestión en negativo, también se puede decir que, aun en las mejores condiciones de disponibilidad de tiempo, sin una correcta actitud de los profesionales hacia una atención preventiva fundamentada en criterios científicos, el mejor de los programas sería un fracaso.

Una vez garantizada la adecuada actitud ante las actividades preventivas, como cuestión ética bien definida, cabe preguntarse si, ante el problema que plantean los profesionales que protagonizan el caso A, esto es todo lo que puede decir o aportar la ética clínica. Si el razonamiento se detuviera en este punto, seguramente quedaría justificada la crítica escéptica de quienes califiquen esta deliberación como bioética de salón. Ante el panorama, ciertamente paradigmático, que presenta este caso, encontramos una exigencia ética muy sugestiva en el Código de Ética y Deontología Médica cuando establece en el artículo 20 que el médico debe disponer de condiciones que le permitan actuar con garantía de calidad y llamará la atención de la comunidad, individualmente o por medio de sus organizaciones, sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión. Éste es un planteamiento que, por el contrario, se podría catalogar como bioética de combate. Pero no se trata de fomentar actitudes de reivindicación permanente ante los gestores, sino más bien de reconocer que, ante algunas situaciones, será necesario recurrir a la intervención de las organizaciones profesionales para transformar determinados escenarios. Del mismo modo que se habla de bioderecho, también tendrá su lugar la biopolítica.

#### Caso B

Ya se ha comentado que algo beneficioso no se traduce automáticamente en su obligatoriedad ética y mucho menos legal. En el caso de las vacunas también se ha señalado que no existe un imperativo legal para administrar el calendario oficial de vacunaciones en condiciones ordinarias.

Nos queda la deliberación ética. Existe un consenso científico que deja fuera de discusión que determinadas vacunas son beneficiosas. Entonces ¿cómo se debe actuar ante la madre que se opone a la vacunación de su hijo? Es evidente que se produce un choque entre el deber de procurar lo mejor para este pequeño paciente de 5 años, que en este momento consiste en lograr que se vacune, y el derecho a la autonomía personal que en nombre del hijo está ejerciendo la madre, porque la ley así se lo permite, lo cual se traduce en el rechazo a las vacunas. La actitud más respetuosa por parte del Dr. Alegre parece la de persuadir a la madre explicando los beneficios que aportan las vacunas tanto individualmente como comunitariamente: «imagínese lo que ocurriría si todas las madres actuaran del mismo modo que usted...»; «no se trata sólo de la salud de su hijo, también hay un efecto de interdependencia, la realidad es que su hijo se está beneficiando de la inmensa mayoría de niños que sí están vacunados...».

Otro enfoque del problema planteado sería considerar que doña Beatriz está mal informada y que no es moralmente admisible ni respetable un ejercicio de la autonomía fundamentado en el error y la irracionalidad, sobre todo cuando esta conducta supone un riesgo para la vida de terceros. Esta argumentación sigue siendo de todos modos ineficaz para que la ley obligue a la madre a permitir la vacuna de

su hijo; sin embargo, justificaría éticamente un mayor grado de presión como, por ejemplo, la petición de un certificado de vacunaciones para el ingreso en la escuela.

En resumen, después de la información, en el proceso de deliberación el siguiente paso sería la persuasión, muchas veces ligada al modo de informar, lo cual no tiene por qué tener una connotación negativa. De hecho, con frecuencia es necesario ejercer la persuasión para lograr una relación clínica competente y eficaz. El modelo de relación clínica que se ha alentado en distintos artículos de esta serie al abordar otros casos clínicos<sup>34,35</sup> contempla la persuasión como un recurso clínico que nada tiene que ver con la manipulación ni con la coacción, éstas sí inaceptables. Pensemos en el efecto desconcertante y de desamparo que supondría una actitud de indiferencia o neutralidad a la hora de informar a los pacientes; imaginemos que el Dr. Alegre adoptara una posición ecléctica y, tras informar fríamente de los pros y contras, dijera sin más a doña Beatriz: «es su opción». ¿Sería éticamente aceptable? Por último, en un caso como el presente, nos hemos de preguntar si están justificadas otras medidas de presión social como supone, de hecho, la solicitud de certificados de salud con informe de vacunación para la matriculación académica o el ingreso en instituciones. Éste es un debate más amplio, que desborda el ámbito de la microética de la relación médico-paciente.

#### Caso C

La prestación sanitaria que tiene derecho a recibir un ciudadano incluye el tratamiento de la hipercolesterolemia, pero esto no significa automáticamente el derecho a la prescripción de un fármaco. La buena praxis médica, como se ha señalado ya en este y en otros trabajos de esta serie<sup>22,36</sup>, suele venir definida por grupos de expertos de las correspondientes sociedades científicas o instituciones de reconocida solvencia que periódicamente evalúan las evidencias disponibles en los circuitos científicos. La Dra. Castellón, que en este caso recomienda una dieta con bajo contenido en grasas y calorías, actúa de acuerdo con un correcto y bien fundamentado criterio. La indicación de la dieta ofrece un margen de flexibilidad: en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, en el tiempo de mantenimiento, en la intervención concomitante sobre otros factores de riesgo cardiovascular, etc. Todo ello antes de pasar al siguiente escalón que podría incluir el hipolipemiente. Parece imprudente acceder directamente a la solicitud de este paciente para iniciar un tratamiento farmacológico hipolipemiente.

Se puede afirmar, por tanto, que la primera confrontación se libra en un primer rango de principios éticos, lo que se ha definido<sup>21</sup> como nivel particular, donde se produce la relación clínica y el encuentro entre la autonomía del paciente y el deber de beneficencia del médico. Si no está claro cómo dirimir este conflicto en este nivel, se puede recurrir, en un segundo asalto, a un segundo nivel ético de principios universales, que es jerárquicamente superior al anterior, donde se sitúan la no maleficencia y la justicia. Ambos principios éticos podrían justificar y fundamentar la negativa a la petición del paciente, al menos en el modo que se plantea en el enunciado de este caso.

Con todo, la justicia y la igualdad de oportunidades en el contexto de un Sistema Nacional de Salud tienen una especial relevancia en el problema planteado. Los presupuestos, aunque fueran generosos, nunca son infinitos. Un recurso mal utilizado deja a alguien en desventaja. Esto significa que, si se invierte en hipolipemiantes con una indicación de dudosa o mala praxis, otros usuarios se verán injustamente perjudicados cuando la disponibilidad presupuestaria sea



incapaz de responder a sus necesidades. Pero el análisis de este caso a la luz del principio de justicia entendido como equidad añade otro punto de complejidad si se considera el mérito del paciente. ¿Sería justo invertir más recursos en un paciente aparentemente irresponsable que en otros dispuestos al esfuerzo de someterse a la disciplina dietética? La deliberación en torno a este caso permite destacar que el establecimiento de prioridades en la distribución de recursos es una tarea en la que un equipo de atención primaria no puede sentirse ausente. No en vano se ha considerado que la administración razonable de los recursos disponibles es una cuestión de ética médica de la máxima actualidad<sup>37</sup>, que sin duda ha pasado a formar parte de la responsabilidad de un clínico. Dada su importancia, más allá de los planteamientos preventivos, como ya hemos indicado se le ha dedicado un artículo específico en esta serie<sup>22</sup>. Acceder sin más a la exigencia de don Alfredo supondría confirmarle en unas actitudes irresponsables con respecto al cuidado de su salud, contribuyendo a una falsa sensación de seguridad en lo que se refiere a su estilo de vida<sup>38</sup>, lo que sin duda puede perjudicarlo con el paso de los años. Además, también sería reafirmar unas creencias equivocadas, lo cual significaría para este paciente el ejercicio de una autonomía desinformada y, por tanto, devaluada. El papel de leal consejero y la relación clínica deliberativa obligan al ejercicio de la negociación y de la persuasión antes de despachar expeditivamente el caso. El riesgo de fractura de la confianza ante la negativa de la Dra. Castellón es también un desafío ético de carácter operativo<sup>39</sup> al que se debe hacer frente con competencia profesional y habilidades de comunicación en la relación clínica<sup>40</sup>.

Caso D

La dificultad de modificar hábitos dietéticos y el fracaso en el tratamiento de la obesidad a medio y, sobre todo, a largo plazo es una experiencia sobradamente conocida en los equipos de atención primaria. Es inevitable la reflexión sobre la rentabilidad del tiempo y recursos dedicados a pacientes que, como don Santiago, parecen adoptar una actitud poco responsable. Se trata, por tanto, de un conflicto clásico entre la autonomía del paciente y la justicia que reclama responsabilidad social por parte del profesional. Sin embargo, la deliberación nos permite superar el mero dilema ético, suscitando de nuevo el análisis de la actitud como cuestión ética. ¿Estaría justificada la actitud de estos profesionales dando prácticamente por terminado el tratamiento de la obesidad al sentirse frustrados con este paciente? Para responder a esta pregunta es necesaria más información de la que ofrece el enunciado del caso; sin embargo, habría que plantearse la necesidad de profundizar en el contexto sociofamiliar y en las motivaciones del paciente. Éste sería el resultado de una adecuada actitud profesional en atención primaria de salud que conduce a analizar las razones que ayuden a comprender lo que le ocurre de verdad a don Santiago, sin dejarse influir por comentarios ajenos a la relación clínica. Una correcta actitud influye de manera sustancial en el desarrollo y en la calidad de lo que constituye la parte exploratoria de la entrevista clínica, y esto es una cuestión ética de primer orden que no se puede minusvalorar. A la hora de establecer los perfiles del problema puede ayudar notablemente la aplicación de un modelo de cambio<sup>41</sup> que permite definir cuál es el estadio de la disposición del paciente. No es lo mismo tratar la obesidad con el paciente en una fase de precontemplación, cuando hay una posición claramente cerrada a modificar la conducta, que intervenir en una fase

TABLA 4

Para ampliar conocimientos

**Bibliografía**  
 Beauchamp DE. Public health: philosophy of public health. En: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics (2.ª ed.). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995: 2161-2166.  
 Beauchamp DE, Steinbock B. New ethics for the public's health. Nueva York: Oxford University Press, 1999.  
 Bradley P, Burls A. Ethics in public and community health. Londres: Routledge, 1999.  
 Dioxiadis S. Ethical issues in preventive medicine. NATO, ASI Series, 1985.  
 Downie RS, Fyfe C, Tannahill A. Health promotion: models and values. Oxford: Oxford Medical Publications, 1990.  
 Nelkin D, Tancredi L. Health screening and testing in the public health context. En: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics (2.ª ed.). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995: 1129-1132.  
 Wikler D, Beauchamp DE. Health promotion and health education. En: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics (2.ª ed.). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995: 1126-1129.  
 Wikler D, Beauchamp DE. Lifestyles and public health. En: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics (2.ª ed.). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995: 1366-1369.  
 Woolf SH, Jonas S, Laurence RS. Health promotion and disease prevention in clinical practice. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

**Internet**  
 PAPPS-semFYC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. <http://www.papps.org>  
 US Preventive Services Task Force (USPSTF). Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Department of Health and Human Services. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>  
 Canadian Task Force on Preventive Health Care (antigua Canadian Task Force on the Periodic Health Examination). <http://www.ctfphc.org>

contemplativa, en la que hay una apertura sincera al cambio. Estos criterios pueden influir de manera decisiva a la hora de resolver un problema como el de este caso, a la luz del principio de equidad, pues la eficiencia de la intervención será diferente según la fase del proceso de cambio en que se encuentre el paciente. La intervención sobre estilos de vida que perjudican a la salud, como ocurre con la conducta dietética, requiere altas dosis de motivación y de persuasión, así como capacidad para llegar a acuerdos cooperativos con el paciente en un clima esperanzador. Cuando llega un paciente a la consulta por primera vez sin conciencia de tener especiales problemas y se le realiza la historia clínica se pueden detectar uno o varios factores de riesgo o hábitos no saludables. En este momento es cuando existe el peligro de estigmatizarlo, hasta el punto de que el paciente puede salir de la consulta con un sentimiento de culpabilidad. Se lograría de este modo que una persona que acude a visitar al médico por un problema banal salga sintiéndose mal, y cada vez que vuelve se le refuerce ese sentimiento: usted es un fumador, un obeso, un sedentario, etc; hasta que el paciente decida no volver a la consulta y, peor aún, siga con su hábito no saludable o con su riesgo intacto. Estas habilidades para la comunicación pueden parecer a primera vista un conjunto de elementos meramente técnicos; sin embargo, una visión más profunda permite captar su significado ético. Basta pensar en el caso de don Santiago para comprobar que el curso de acción de las posibles soluciones al problema planteado estará mediatizado por la experiencia y la cualificación del Dr. Agudo y de la enfermera doña Blanca en el modo de conducir la entrevista clínica, que de este modo se convierte en una cuestión ética operativa, diferenciada de la actitud profesional y del problema ético de la toma de decisión. No sólo hay que decidir lo correcto, también hay que saber hacer correctamente lo correcto. En la tabla 4 presentamos unas referencias para ampliar conocimientos sobre este tema.

## Agradecimientos

Los autores agradecen sus opiniones y comentarios a los miembros del Grupo Técnico, a los del Grupo Asesor del Proyecto de Bioética para Clínicos (Amando Martín-Zurro, Manuel González-Barón y Amalia Velázquez), a los del Consejo Asesor Nacional del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud no incluidos en ninguno de los grupos anteriores (Francesc Abel, Javier Elizari, Carlos Romeo-Casabona y Javier Sánchez-Caro).

## Glosario. Clarificación de términos

**Actividad preventiva.** Cualquier intervención que reduzca el riesgo de que una enfermedad o trastorno afecte a un individuo, que interrumpa o retarde su progreso o evite la muerte.

**Autocuidado.** Todas aquellas acciones de atención para la salud que los individuos efectúan para ellos mismos y para sus familias, incluyendo el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, el autodiagnóstico y el autotratamiento.

**Educación sanitaria/educación para la salud.** Actividades especialmente diseñadas para el aprendizaje y los cambios en la conducta de los individuos en relación con objetivos de salud previamente definidos.

**Estilo de vida.** Forma de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de comportamiento, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales.

**Factor de riesgo.** Característica que, según la evidencia epidemiológica, se asocia causalmente con la enfermedad del sujeto. Para que una asociación se considere causal debe cumplir con los siguientes criterios de Hill: magnitud de la asociación, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad, coherencia, evidencia experimental y analogía. Puede ser que ninguno de estos nueve criterios aporte evidencia indiscutible a favor o en contra de la hipótesis de causa-efecto, como tampoco es condición sine qua non que se cumplan todos ellos.

**Prevención primaria.** Cualquier intervención dirigida a individuos sanos o sin la enfermedad que se pretende prevenir para evitar la aparición de la misma. Ejemplos de prevención primaria son las vacunaciones, la modificación de factores de riesgo como el tabaco para evitar el cáncer o la utilización del ácido acetilsalicílico para prevenir el infarto de miocardio.

**Prevención primordial.** Cualquier intervención dirigida a evitar el incremento de la prevalencia de los hábitos nocivos o los factores de riesgo antes de que éstos se produzcan, como por ejemplo evitar el inicio del consumo del tabaco, o recomendar una dieta saludable antes de que se produzca una obesidad o hipercolesterolemia. Este término ha sido acuñado por algunos autores para diferenciarlo de la prevención primaria, sobre todo en el campo de las enfermedades crónicas.

**Prevención secundaria.** Desde un punto de vista diagnóstico, intervenciones dirigidas a detectar precozmente una enfermedad, como por ejemplo, la utilización de la mamografía para la detección del cáncer de mama o la prueba de Papanicolaou para el cáncer de cérvix. Desde un punto de vista

terapéutico, se refiere a la modificación y control de los factores de riesgo de una enfermedad cuando ésta ya se ha producido para evitar su progresión o muerte. Ejemplo de esta última definición sería el control de la hipercolesterolemia y la abstinencia del tabaco en los pacientes que han padecido un episodio de infarto agudo de miocardio.

**Prevención terciaria.** Intervención preventiva en pacientes que ya han padecido una enfermedad relacionada con la rehabilitación y la mejora de la calidad de vida. Un ejemplo de este tipo de prevención sería el tratamiento fisioterápico y rehabilitador en pacientes que han padecido un accidente vasculocerebral.

**Promoción de la salud.** Proceso de capacitación de los individuos y las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud, de manera que ésta mejore. Se trata de un concepto evolutivo que engloba el fomento de estilos de vida y otros factores económicos, medioambientales y personales, que contribuyen a la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duffy J. History of Public Health. En: Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics* (2.ª ed.). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995; 2157-2161.
- Emery J, Hayflick S. The challenge of integrating genetic medicine into primary care. *Br Med J* 2001; 322: 1027-1030.
- Gallo Valjejo FJ y Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 13-14.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Sobre bioética y medicina de familia. Palma de Mallorca: Documento semFYC, 1996.
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de 25 de abril de 1996.
- Martín Zurro A, Gené Badía J, Subías Lorén P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 183-192.
- Delgado Marroquín M. Modificación de estilos de vida. En: Grupo de trabajo de la semFYC. *Sobre bioética y medicina de familia* (V). *Aten Primaria* 2000; 25: 505-515.
- Ricoeur P. *Historia y verdad*. Madrid: Encuentro, 1990; 267.
- Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999. URL: <http://www.diariomedico.com/profesion/omc.html> (visita 15 julio 2001).
- The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Canada Communication Group-Publishing, 1994. (Actualmente se llama The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Las actualizaciones de la Guía se publican en el *Canadian Medical Association Journal*. Ha habido cinco hasta la fecha.) URL: <http://www.ctfphc.org> (visita 15 julio 2001). [Primer informe: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: The periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979; 121: 1194-1254.]
- US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services* (2.ª ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. URL: <http://www.ahcpr.gov/clinic/cpsix.htm>. Tercera edición en preparación accesible en la URL. [Primera edición: Lawrence RS, McGinnis JM, editores. *Guide to clinical preventive services. An assessment to the effectiveness of 169 interventions*. Report of the US Preventive Services Task Force. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989. Versión española: *Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración en la efectividad de 169 intervenciones*. Madrid: Díaz de Santos, 1992.]
- Código Deontológico. Normas de ética médica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1998. URL: <http://www.comb.es/passeig/deonto/cast/home.htm> (visita 15 julio 2001).
- Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, 1989. URL: <http://www.ocenf.org/asesoria/corporat/corpora/legis/CODDEONT/codigod.htm> (visita 15 julio 2001).
- Altisent Tróta R, Martín Espildora MN, Serrat Moré D. Ética y Medicina de Familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (4.ª ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 183-192.

15. Ruiz Moral R. ¿Qué es hacer una buena medicina de cabecera? Implicaciones éticas de los diversos modelos teóricos. En: Grupo de trabajo de la semFYC. Sobre bioética y medicina de familia (V). Aten Primaria 2000; 25: 188-195.
16. Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. Med Educ 1996; 30: 353-364.
17. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Academic Medicine 1994; 69: 861-871.
18. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Academic Medicine 1998; 73: 403-407.
19. Álvarez Pérez JC. La excelencia profesional. JANO 2000; 59: 84-87.
20. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
21. Gracia D. La deliberación moral. El método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23.
22. Carballo F, Júdez J, De Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. Med Clin (Barc) 2001; 117: 662-675.
23. García Alonso F. Medicinas alternativas y bioética. Dimensión Humana 1998; 2: 9-12.
24. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología médica. Pamplona: Eunsa, 1992; 109-113.
25. Humber JM, Almeder RF. Alternative medicine and ethics. Totowa, NJ: Humana Press, 1998.
26. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999; 248 (trad. de la 4.ª ed. original).
27. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999; 349 (trad. de la 4.ª ed. original).
28. Brotons C. Actividades preventivas y de promoción de la salud. Aten Primaria 1989; 6: 369-370.
29. McWhinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1995; 165.
30. Marteau TM. Screening in practice: reducing the psychological costs. Br Med J 1990; 301: 26-28. (Versión española: Repercusiones psicológicas de las campañas de detección. Br Med J 1990 (ed. esp.) 5: 11-12.
31. McCormick J. Health promotion: the ethical dimension. Lancet 1994; 344: 390-391. (Versión española: Promoción de la salud: la dimensión ética. Lancet 1994 (ed. esp.); 344: 390-391.
32. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. N Engl J Med 1978; 299: 741-744.
33. Altisent R. Consentimiento informado en atención primaria. FMC-Formación Continuada en Atención Primaria 2000; 7: 135-137.
34. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc) 2001; 117: 99-106.
35. Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. Med Clin (Barc) 2001; 117: 262-273.
36. De los Reyes López M, Pérez Gómez JM, García Olmos P, Borrell Carrió F, Gracia Guillén D. Relaciones entre profesionales sanitarios. Med Clin (Barc) 2001; 117: 339-350.
37. Singer PA. Recent advances: medical ethics. Br Med J 2000; 321: 282-285.
38. Martín Espildora MN, Delgado Marroquin MT, Altisent Trota R. Bioética aplicada en atención primaria. Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico de Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1996; 3-26.
39. Altisent R. Cuestiones de bioética en atención primaria. Jano 1993; 44: 2309-2332.
40. Borrell Carrió F, Bosch Foncuberta JM. Entrevista clínica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 275-291.
41. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Counsel Clinical Psych 1983; 51: 390-395.