

## DOCUMENTOS SEMFYC

# Sobre bioética y medicina de familia (y V)

**R. Altisent Trota, M.T. Delgado Marroquín, L. Jolín Garijo, M.N. Martín Espíndola, R. Ruiz Moral, P. Simón Lorda y J.R. Vázquez Díaz**

Grupo de trabajo de la semFYC.

Palabras clave: Bioética; Estilos vida; Medicina Familia.

### Modificación de estilos de vida<sup>1</sup>

#### M.T. Delgado Marroquín

«La responsabilidad de la salud debe ser compartida por médico y paciente y fundamentada en el conocimiento, el respeto mutuo y en la combinación de la pericia y la ética.»<sup>2</sup>

### De la medicina terapéutica a la medicina preventiva

En épocas pasadas el ciudadano común tenía menos acceso a la educación y a los medios para asegurarse una buena salud. Por ello era comprensible su escasa participación en la toma de decisiones médicas y la no aceptación de su responsabilidad principal en materia de salud. La sabiduría popular, sin embargo, convertía en reglas de oro los refranes y dichos referentes a la prudente recomendación de evitar los extremos en la vida, disminuyendo así la exposición individual a muchos riesgos. Esta tradición fue poco a poco reemplazada por la concepción de la medicina como intervención y recuperación del deterioro que podría haberse evitado desde un principio. Así, la ocupación tradicional de la medicina ha sido la *atención a la enfermedad*. Pero la evolución de las sociedades y las técnicas han llevado a la modificación de la morbilidad. En nuestros días cada vez son más numerosas las enfermedades y riesgos para la salud que se relacionan con el estilo de vida. Las enfermedades crónicas y de origen multifactorial son la principal causa de mortalidad.

La detección precoz y la intervención sobre los factores de riesgo de estas enfermedades han pasado a ser una parte básica de la medicina en la actualidad. Esta detección precoz supo-

ne actuar sobre personas sanas en una búsqueda activa por nuestra parte; es decir, que hacemos una *atención a la salud*, por tanto una medicina anticipatoria o preventiva.

### Diferencias entre el paradigma curativo y el preventivo (tabla 1)

En la asistencia sanitaria tradicional la iniciativa parte del paciente. El médico responde a la necesidad sentida por éste. En la actuación sobre estilos de vida, la iniciativa parte muchas veces del profesional sanitario, que propone unas actividades más o menos estandarizadas, ya que el individuo se siente sano o no relaciona su salud con su hábito. En el primer caso, el tipo de demanda es inmediato y el tipo de asistencia más o menos impredecible, mientras que en la atención preventiva es predecible, diferible y no se considera obligatoria. Así, un sanitario que no se cuestione los hábitos tóxicos de sus pacientes, y no dé consejo para dejar de fumar, está claro que no será solicitado por ello. El foco de atención es el paciente, en uno de los casos, y la persona que forma parte de un determinado grupo diana en el otro. En este sentido, es importante controlar el riesgo derivado del «etiquetado» de pacientes que se sentían bien y después de nuestra intervención pueden auto-considerarse enfermos.

En la relación clínica tradicional la asistencia es competencia y responsabilidad del médico. En la atención preventiva, en concreto la encamada a modificar estilos de vida, la competencia suele corresponder al equipo. Esto no significa, sin embargo, que se diluya la responsabilidad del profesional sanitario al implicarse varias personas en la actividad. Compete al equipo establecer «las reglas del juego» para no caer en la tentación de ampararse en el anonimato.

Por último, aunque el registro de la actividad sanitaria siempre resulta útil y beneficioso para el paciente, es imprescindible para la actividad preventiva. Sin embargo, hay que considerar que el registro en las historias clínicas de cuestiones ligadas al estilo de vida debe ser respetuoso con el paciente.

### Perfil de responsabilidad del médico de familia

Entendemos que, dentro del perfil aceptable de responsabilidad<sup>3</sup>, la actuación sobre determinados estilos de vida de nuestros pacientes es una responsabilidad inherente al médico de familia. Y ello pese a la controversia que aún existe sobre el tema (tabla 2)<sup>4</sup>. En realidad unos y otros se basan en los mismos fundamentos, aunque con una interpretación diferente:

TABLA 1. Diferencias entre el modelo curativo y el preventivo

	Modelo curativo	Modelo preventivo
Iniciativa	Del paciente	Del profesional
Tipo de atención	Impredicible	Predecible
Tipo de demanda	Inmediata	Diferible
Foco de atención	Paciente	Grupos diana
Competencia	Médico	Equipo
Registro	Útil	Imprescindible

**TABLA 2. Modificación de estilos de vida: ¿a favor o en contra?**

Motivos a favor	Motivos en contra
• La prevención es uno de los deberes de los profesionales de atención primaria	• La medicina preventiva se sustenta en una ideología totalitaria
• La medicina del siglo XXI se fundamenta en la promoción de las actividades preventivas	• Se trata de una dictadura establecida por los manipuladores de la salud
• El lema «salud para todos en el año 2000»	• Riesgo de desestabilizar situaciones de equilibrio
• Los hábitos adquiridos y los estilos de vida son los principales determinantes de la aparición/evolución de las enfermedades crónicas	• «Vivir como un enfermo para morir en buen estado de salud»

**TABLA 3. Exigencias éticas de las actividades dirigidas a modificar estilos de vida<sup>6</sup>**

Situaciones posibles	Exigencias éticas
• Dudas sobre la eficacia de la medicina	• Competencia clínica
• ¿Es aceptable la medida a realizar?	• Sentido común
• Lagunas de conocimiento	• Modestia
• Controversia sobre las probabilidades de éxito o fracaso	• Informar con objetividad
• Posibles efectos colaterales	• Espíritu crítico
• La respuesta depende de factores individuales	• Diálogo personalizado. Considerar diferencias culturales, regionales, etc.
• Es necesario abordar cuestiones personales	• Tacto. Respeto a la persona
• Otros profesionales también trabajan el tema	• Espíritu de colaboración. Compañerismo
• La actividad supone mucho esfuerzo	• Rigor-imaginación. Utilizar métodos seguros y económicos
• Peligro de medicalización	• Salvaguardar el sentido de la vida y la responsabilidad del paciente
• Diferencias socioeconómicas determinantes	• Justicia
• «Y usted, doctor, ¿por qué fuma?»	• Coherencia

– El papel del médico como restablecedor, en la medida de lo posible, de la salud de sus pacientes depende mucho del concepto de salud que estimos dispuestos a aceptar. ¿Estado de bienestar físico, psíquico y social; ausencia de enfermedad? En el primer caso, la educación sanitaria, base de la intervención sobre estilos de vida, es imprescindible; en el otro extremo, el médico está para curar enfermedades, no para enseñar y educar.

– El análisis de la realidad nos enseña que las causas principales de morbilidad en los países desarrollados se asocian con el mantenimiento de hábitos y estilos de vida nocivos. El profesional sanitario puede modificar su orientación terapéutica para intervenir sobre ellos y prevenirlos, o alegar que el estilo de vida es una cuestión personal y que el

empeño en modificarlo es una moda impuesta por políticas sanitarias ajenas a la libertad del individuo.

– El mantenimiento del Estado de bienestar, logro fundamental de las sociedades socialdemócratas modernas, conlleva la aplicación de criterios de eficiencia a nuestra actividad sanitaria. Esto implica, entre otras cosas, utilizar los recursos más efectivos sobre el determinante con más peso específico sobre el resultado final del proceso de salud (el estilo de vida), para rentabilizar los costes. El problema es que no hay uniformidad a la hora de objetivar qué entiende cada individuo y cada sociedad por derecho a la asistencia sanitaria como garante del Estado de bienestar. Por otra parte, éste no existe en el Tercer Mundo. Así, las diferencias en moneda de salud puede ser cada vez mayores.

– Por último, la interpretación subjetiva de la «calidad de vida» puede llevar a expresiones como: «Prefiero morir joven a vivir como un enfermo.» Todavía está muy arraigada la idea de que la persona que cuida de su salud es porque está enferma. Asumiendo la actuación sobre el estilo de vida de nuestros pacientes como una responsabilidad inherente al médico de familia, debemos, no obstante, plantearnos algunas cuestiones éticas al respecto —la tabla 3 pretende ser un pequeño resumen—, y garantizar los principios éticos fundamentales:

### *Beneficencia y no maleficencia*

Antes de realizar una actividad, debemos asegurarnos la correcta evaluación de las pruebas. La efectividad y eficacia del método diagnóstico y de la intervención a realizar deben haberse demostrado en ensayos aleatorios, cohortes (beneficencia)... para evitar causar molestias inútiles o perjudicar a sujetos que por otra parte quizás no demandaban esa atención (no maleficencia)<sup>5</sup>.

La enorme cantidad de publicaciones y conocimientos al respecto no puede ser dominada por una persona. Por ello es necesaria la existencia de grupos de expertos o comités que evalúen las distintas materias. Será responsabilidad suya la emisión de informes técnicos que asesoren a los profesionales.

### *Autonomía*

Supone el respeto a la libertad de los sujetos para elegir y tomar sus propias decisiones. Para ello es necesario proveerles de la información necesaria sobre los riesgos que conllevan sus hábitos o conductas.

Los conflictos con este principio casi siempre se derivan de la actitud ante los «rebeldes»: personas a quienes aconsejamos la modificación de ciertas conductas de riesgo, pero que no comprenden o simplemente no quieren entender que un determinado hábito les perjudica (dieta, consumo de tabaco y alcohol, ejercicio...), y lo mantienen pese a todo. Nos plantean el dilema de hasta qué punto podemos llegar a presionar sobre estos pacientes.

### *Justicia*

En cuanto a la sociedad, hace referencia a la equidad, a la justicia dis-

tributiva. Sobre el individuo se refiere a la ausencia de discriminación; en este caso la igualdad de acceso a los recursos.

Este principio entra en conflicto cuando dedicamos recursos a personas que no los «aprovechan»: invertimos recursos, incluido tiempo, en el seguimiento de pacientes que no modifican sus hábitos y restamos esa atención a otros que pudieran beneficiarse de esa misma intervención.

El principio de justicia también nos exige la eficiencia de nuestras intervenciones sobre el estilo de vida.

Cuando en esta cuestión entran en conflicto los principios éticos, se nos plantean decisiones difíciles que exigen un cuidadoso análisis, tal como se explica en el capítulo sobre dilemas éticos en la práctica clínica.

## Bibliografía y comentarios

1. Para la elaboración de este tema se ha consultado, entre otros, el material docente sobre cuestiones éticas en las actividades preventivas de los cursos de formación del PAPPS, impartidos por los doctores M. Victoria Pico y Rogelio Altisent.
2. Sass HM. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicaciones. En: Bioética. Bol Sanit Panam 1990; 108 (5-6): 391.
3. Se hace referencia al nivel de responsabilidad del médico de familia analizado desde los ejes de extensión, profundidad y continuidad de la atención. En: Altisent R. Cuestiones de bioética en atención primaria. Jano 1992; 44: 2309-2332.
4. A este respecto son interesantes el artículo de Fabre J, Allaz AF. Entre nihilisme et fanatisme: l'éthique de la prévention. Schweiz Med Wschr 1990; 120: 1903-1911 y el capítulo: Prevención. En: Skrabanek P, MacCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma, 1992; 114-118.
5. Como decía Irving Zola, «en realidad no importa si [...] se nos garantizan 15 centímetros más de talla, 30 años más de vida o un fármaco que aumente nuestra capacidad y poder; lo que deberíamos preguntarnos es si es importante ser 15 centímetros más alto, en qué condiciones vamos a vivir esos 30 años adicionales y quién va a decidir qué poderes van a ser potenciados o reprimidos». Sobre el principio de no maleficencia también son muy interesantes los comentarios del autor en: Keeney RL. Souding board: decisions about life-threatening risks. N Engl J Med 1994; 331: 193-196.
6. Modificado de Fabre J, Allaz AF. Entre nihilisme et fanatisme: l'éthique de la prévention. Schweiz Med Wschr 1990; 120: 1903-1911.

## Responsabilidad en la prescripción y relación con la industria farmacéutica

L. Jolín Garijo

### Tipo de relación

Los profesionales de atención primaria (AP) estamos en el centro de una compleja red de relaciones que es preciso conocer para situar este tema en su contexto. Vamos a referirnos a la relación con los pacientes, la sociedad y con la industria farmacéutica (IF).

### La entrevista clínica y el paciente cliente

En AP dominamos y ejercemos un tipo de relación que se fundamenta en la confianza: la entrevista clínica. Una de las peculiaridades de esta relación es que no es comercial; es más, se corrompe si en la intención del facultativo prevalecieran los intereses comerciales sobre el bien de nuestros pacientes. Sin embargo, en el marco de esta relación clínica, se derivan grandes intereses.

Se aprecia de forma progresiva un cambio en esta relación basada en la confianza; el hasta ahora paciente, acostumbrado a las relaciones comerciales de la sociedad de consumo, tiende a transformarse en cliente, que demanda unos servicios, tan gratuitos como potencialmente universales. El facultativo queda como portero y administrador del sistema según su prudente criterio.

### Relación con la sociedad

La sociedad tiene una peculiar relación con el cuerpo médico: delega en los facultativos el cuidado de la salud de la ciudadanía.

Es norma que cuando la sociedad delega en una institución una serie de funciones establece unos mecanismos de control; p. ej., el poder político ejercido por el Gobierno es controlado por el Parlamento. Sin embargo, por la peculiar función de los médicos, la sociedad no establece mecanismos de control y en cierta manera extiende a favor de estos profesionales un cheque en blanco.

Este cheque en blanco se puede considerar desde dos perspectivas: una por la cual la sociedad renuncia a controlar si cada facultativo cumple

bien su misión (aspecto muy difícil de objetivar), y la otra perspectiva es la de un cheque en blanco para distribuir unos recursos públicos sin prácticamente control (principio de libre prescripción en el sistema público).

¿Cómo compensar la confianza que la sociedad deposita en el cuerpo médico? Mediante el ejercicio de unos principios éticos: criterios de buena práctica profesional, preocupación por una adecuada formación continuada, sobriedad en el gasto, preservar y fomentar la dignidad de los pacientes...

Sin embargo, paradójicamente, el sistema no premia a los profesionales que ejercen estos principios éticos, sino que tiende a penalizarlos: negarse a prescribir una medicación inadecuada suele generar conflictos; negarse a remitir a un paciente que demanda una consulta especialidad hasta no valorar el cuadro también genera conflictos; intentar racionalizar la plurimedición de un anciano o retirarle los medicamentos superfluos exige los mejores esfuerzos del profesional; obviar la medicación anteriormente prescrita por un especialista, que con fundamento no consideramos oportuna en un momento dado, puede llegar a ser una audaz aventura.

### Relación con la industria farmacéutica

La industria farmacéutica (IF) sigue un régimen de mercado en una economía como la nuestra. Ésa es su forma de servir a la sociedad; ofrece unos productos a cambio de un precio y si no obtiene beneficios no subsiste. La relación de la IF con los facultativos de AP es tan peculiar como una relación comercial en la cual el cliente no paga, quedando la valoración del producto al libre arbitrio del profesional médico y, por lo tanto, al de sus principios éticos.

Desde el punto de vista ideológico, es como un sistema capitalista (IF) que incide sobre un sistema socialista (sanidad pública) y el punto de intersección es el facultativo.

### Conclusión

Por lo tanto, tenemos al facultativo que trabaja sobre una relación no comercial (relación médico-paciente), de la que se derivan grandes intereses. Sobre esta relación intentan in-