



Ética de la prevención: ¿es mejor prevenir que curar?

Mercedes Losilla Domínguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Dávila. Santander.

Rogelio Altisent Trota

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Actur Sur. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza.

*«La búsqueda de la salud se ha convertido
en el principal factor patógeno»*
Ivan Illich

*«Es menester no ignorar que los medicamentos tomados
en brebajes no siempre resultan útiles a los enfermos,
y habitualmente perjudican a las personas sanas»*
Aurelio Cornelio Celso

PUNTOS CLAVE

- La prevención forma parte del perfil profesional del médico de atención primaria (AP). Existe la obligación ética de realizar las actividades preventivas que han demostrado efectividad, sin embargo, no todo lo que puede hacerse debe hacerse.
- La detección precoz debe suponer un beneficio real para la vida del paciente. Debe existir una evidencia de que interviniendo se modifica positivamente el curso de la enfermedad.
- Una actividad preventiva debe cumplir requisitos éticos y técnicos ineludibles para ser recomendada, con garantías de eficacia y seguridad.
- El principio de justicia exige eficiencia y se deben valorar otras prioridades en la inversión de los recursos. El tiempo es el recurso fundamental de la atención primaria. En prevención, el principio de justicia exige más dedicación a quien más lo necesite.
- El consentimiento informado habitualmente no precisará de un documento firmado, pero también es una exigencia ética en medicina preventiva. La historia clínica es el soporte documental adecuado y habitual del consentimiento.
- La solicitud de una actividad preventiva que plantea dudas de eficacia va a requerir conocimiento científico y habilidades de comunicación.
- Es recomendable un cierto escepticismo y una mayor exigencia de rigor de las recomendaciones e intervenciones, así como evitar la medicalización de la vida de los pacientes.

PREGUNTAS SOBRE PREVENCIÓN

Los profesionales de AP se plantean dudas y preguntas acerca de la prevención, cuyas respuestas se pueden buscar en diferentes ámbitos.

- ¿Tenemos que hacer prevención? ¿Qué peso ha de tener la prevención en el conjunto de las actividades asistenciales? La respuesta está ligada al **perfil profesional**.
- ¿Siempre es mejor prevenir que curar? ¿Hasta dónde es prudente presionar para que el paciente cambie su estilo de vida o acepte una actividad preventiva? ¿Qué justificaría esa presión? ¿Cuáles son las condiciones para considerar correcta una actividad preventiva? Las respuestas estarán delimitadas por el **marco ético**.
- ¿Qué enfermedades hemos de prevenir? ¿A quién? ¿Cuándo? ¿Hasta dónde? Nos guiaremos por la **evidencia científica y las recomendaciones de los comités de expertos**.
- ¿Cómo se debe actuar cuando un paciente solicita algo que sabemos que no es efectivo? La respuesta estará condicionada por la **actitud, la deliberación ética y las habilidades en comunicación**.

La prevención es la actividad sanitaria que pretende evitar daños futuros con actividades realizadas en el presente. Se busca el beneficio para un paciente concreto y para la sociedad en su conjunto, mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad¹. La prevención debe sustentarse en el conocimiento científico, al igual que se exige en medicina curativa y paliativa, pero más aún cuando se dirige a una población sana

MARCO SOCIAL

El escenario preventivo en nuestra sociedad se ocupa de la enfermedad cardiovascular, el cáncer, los accidentes y los hábitos tóxicos. En un futuro inmediato seguramente los tests genéticos marcarán nuevos retos.

La población, deslumbrada por las promesas de prevención de los medios de comunicación, de los propios profesionales y los políticos, demanda cada vez más procedimientos para garantizarse la salud más allá de lo posible. ¿A qué médico de familia no le han solicitado «un chequeo completo» o «un escáner por si hay algún cáncer»?

Se ha procedido a la medicalización de las situaciones naturales de la vida (duelo, problemas sentimentales, fracaso escolar, menopausia), fomentando que la persona traslade el cuidado de sí misma a agentes externos y demande más fármacos⁸.

La salud se ha convertido en un bien de consumo más y, por tanto, está sometida a sus leyes (modas, criterios sociales, política, economía). Existen importantes intereses: las industrias farmacéutica, alimentaria (alimentos «suplementados» o manipulados como, p. ej., los lácteos), y la industria de tecnología sanitaria (aparataje o reactivos para pruebas de cribado); los servicios sanitarios (sociedades privadas), políticos y medios de comunicación (editoriales médicas, prensa), e incluso grupos profesionales, ejercen una gran influencia y en ocasiones, han participado en la distorsión de la información disponible⁹.

Cada vez son más las voces que ponen de manifiesto que, cuanto mayor es la oferta de «salud», más personas sienten que tienen problemas, necesidades, y enfermedades¹⁰. También se ha hecho evidente que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos¹¹.

MARCO ÉTICO

La bioética defiende que no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable. Las actividades preventivas se rigen por los principios éticos generales de la medicina. No toda intervención anticipada es, por definición, una intervención responsable. Los profesionales deben determinar la evidencia científica, elaborar las recomendaciones y proponérselas al paciente. En nuestra sociedad, los pacientes tienen derecho y acceso a medidas sanitarias, y son autónomos para elegir si las aceptan. Pero no es lo mismo ofrecer una actividad preventiva al paciente que atender a su solicitud.

Si trabajamos en promoción y prevención de la salud, en vez de trabajar con la enfermedad, necesitamos profundizar en el concepto de **salud**, teniendo en cuenta además el componente subjetivo y cultural que conlleva el término. La **enfermedad**

puede llegar a ser un «constructo» de los profesionales. Asistimos al nacimiento de «nuevas enfermedades», procedentes de los «factores de riesgo» o del hecho de no estar entre los límites establecidos estadísticamente o de tener una probabilidad de padecer una enfermedad en el futuro. Otro concepto que se debe revisar es el de **normalidad**, muy relacionado con la variabilidad humana, como se puede comprobar al tomar la presión arterial a un paciente en distintas circunstancias personales (estrés, vejiga llena), ambientales (frío), o del explorador (prisa).

La prevención en la asistencia sanitaria

La intervención preventiva debe cumplir condiciones ineludibles de eficacia, seguridad y, además, ser costo-efectiva, en cualquiera de los niveles en que se actúe:

1. Evitar que aparezca un problema de salud: prevención primaria.

Es prioritariamente una responsabilidad de la administración pública (legislación sobre el tabaco, educación para la salud en la escuela, planes de vacunación) (**figura 2**), con la colaboración de la AP. Estas intervenciones se justifican en función del beneficio, del grado de restricción de los derechos individuales y de la distribución final de los beneficios y los daños asociados a la intervención.

2. Reconocer el problema con antelación cuando ya se ha iniciado pero todavía no se manifiesta: prevención secundaria.

En este nivel, la AP asume la principal responsabilidad: detección precoz de factores de riesgo cardiovascular, revisiones pediátricas del niño sano, cribado de enfermedades (cáncer de

Figura 2



Las vacunas constituyen un elemento preventivo primordial que no siempre llega a toda la población de forma equitativa.

mama, de cuello de útero, y de colon; displasia de cadera, fenilcetonuria) y algunos exámenes de salud en el adulto (antígeno prostático específico, densitometría). Para elaborar un programa de diagnóstico precoz es fundamental conocer muy bien la evolución natural del problema de salud que queremos evitar.

En los cribados se dan dos situaciones con un significativo componente ético: se realizan en personas aparentemente sanas, y las personas con resultados positivos o sospechosos deben someterse a una evaluación o tratamiento posterior.

En 1968, ya se establecieron¹² unos principios para los programas de cribado poblacional que se pueden resumir en las siguientes exigencias:

- Adecuación a la evidencia científica (beneficencia).
- Balance de riesgos y beneficios (no maleficencia).
- Disponibilidad de un tratamiento eficaz, aceptabilidad de la prueba de detección para la población (beneficencia).
- Costes y recursos necesarios (justicia).

En la **tabla 2** se recogen las condiciones que deben cumplir los procedimientos de cribado y detección de casos, según McWinney³.

En cualquier caso, los sujetos siempre deben ser informados del procedimiento, significado de un resultado positivo o negativo, cualquier riesgo potencial y los beneficios, antes de someterse a un examen.

3. Evitar complicaciones cuando ya se ha desarrollado una enfermedad: prevención terciaria.

La AP comparte con otros niveles del sistema sanitario la responsabilidad de esta atención. El objetivo es recuperar la salud tras la enfermedad ya establecida y evitar sus secuelas.

Son ejemplos de este nivel el tratamiento anticoagulante, los cambios posturales en el anciano encamado y la educación del diabético.

4. Seguridad clínica y prevención de errores: prevención cuaternaria.

El primer fundamento de nuestra actividad es el *primum non nocere*, no producir un daño innecesario y evitable, lo que se define actualmente en términos de «seguridad del paciente» (interacciones de fármacos, declaración de efectos adversos, errores y accidentes durante la atención): son las actividades encaminadas a reducir o impedir el daño causado por las intervenciones sanitarias (curativas y preventivas) innecesarias o excesivas^{7,13}. La organización mundial de los médicos generales y de familia (WONCA) la define, en su diccionario del 2003, como las acciones encaminadas a identificar a los pacientes en riesgo de sobretreatmento, protegerles de nuevas intervenciones médicas y sugerirles alternativas éticamente aceptables¹⁴.

Quizás ésta debería ser la primera actividad preventiva, sobre todo cuando asociamos varias intervenciones, usamos fármacos y si la intervención recae en ancianos. Esto requiere actitud ética, conocimiento, competencia en comunicación, ser asertivos y tener independencia de criterio, sin sucumbir a «modas» o presiones.

LA ÉTICA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Los principios propuestos por Beauchamp y Childress¹⁵ serán los utilizados en el análisis ético en el ámbito de la prevención. La **tabla 3** muestra algunos ejemplos de tipos de problemas éticos en la prevención.

Tabla 2

Condiciones básicas que deben cumplir los procedimientos de cribado y detección de casos

1. La enfermedad debe constituir un problema sanitario importante
2. Debe existir una fase presintomática durante la cual el tratamiento pueda cambiar el curso de la enfermedad con más eficacia que en la fase sintomática
3. El procedimiento de cribado y el tratamiento que se aplique posteriormente deben ser aceptables para las personas
4. El procedimiento debe ofrecer tanto una sensibilidad como una especificidad aceptables
5. El cribado y el consiguiente tratamiento deben tener una buena relación coste/efectividad

Tabla 3

Ejemplos de tipos de cuestiones éticas en prevención

- Involucrarse o no en la prevención
- Medicalizar en exceso la vida de los pacientes
- Utilizar o no una técnica preventiva que puede dar a las personas una falsa idea de protección total (vacuna VPH)
- Realizar o no detección de enfermedades sin posibilidad de solucionar la enfermedad (algunas enfermedades genéticas)
- Dificultad para llevar a término una determinada actividad preventiva por:
 - Carecer de suficientes conocimientos
 - No disponer de tiempo suficiente
 - No tener competencia para informar adecuadamente

VPH: virus del papiloma humano.

El principio de beneficencia

La prevención tiene, al menos, las mismas exigencias éticas que otras áreas de la medicina. Si pensamos en un tratamiento antibiótico, no se aceptaría utilizarlo si no se hubiera demostrado su efectividad en la clínica. Sin embargo, durante muchos años hemos recetado preventivamente hormonas a las mujeres con menopausia, hasta que un estudio independiente demostró que el tratamiento no sólo no producía el beneficio anunciado, sino que perjudicaba¹⁶. Actuar en beneficio del paciente exige asegurarse de que la efectividad del método diagnóstico o intervención a realizar ha sido demostrada y se ha hecho una correcta evaluación de los resultados.

La beneficencia exige que en todos los pasos que constituyen la cadena investigación-difusión-formación-implementación-publicidad no se enmascaren los conflictos de interés. Se ha alertado sobre la no publicación de ensayos realizados cuyos resultados negativos pudieran poner en riesgo algunos intereses financieros¹⁷ y se desconoce el grado de estas prácticas de ocultación y manipulación de resultados. Si se sabe que muchos de los ensayos que se han utilizado para promocionar intervenciones sobre factores de riesgo cardiovascular carecen de la suficiente validez externa como para generalizar la recomendación.

El principio de no maleficencia, *primum non nocere*

Puede afirmarse que todas las actividades sanitarias pueden tener efectos adversos. Los daños pueden afectar a la persona en su bienestar mental, físico, familiar, social e incluso económico, por no hablar de la posibilidad de culpabilizar al paciente. Otra forma de hacer daño es alterar su diferencia cultural las capacidades individuales para hacer frente a la enfermedad, el dolor y la muerte.

Se pueden identificar varios tipos de daño:

1. El fenómeno del **etiquetado** o *labeling*: al detectar a un verdadero positivo, se puede producir un efecto psicológico inmediato sobre la vida de la persona, en parte porque inexorablemente surge la preocupación al plantear la necesidad de nuevas intervenciones.
2. El **sobrediagnóstico**: identificación de un mayor número de pacientes de los que desarrollarán la enfermedad. Es el caso del cribado de cáncer de próstata con PSA¹⁸ o el de mama¹⁹, ya que se desconoce la evolución natural del carcinoma in situ.

3. Los **falsos positivos** generan nuevas exploraciones, a veces invasivas, que producen molestias y dolor. El daño derivado de un falso positivo tiene diferente consideración ética en un paciente que solicita la prueba que en uno reclutado en una campaña de detección.
4. **Estigmatización**. El paciente al que se detectan hábitos no saludables o factores de riesgo puede salir de la consulta con sentimiento de culpa y ansiedad: «usted bebe demasiado, es fumador y además no hace ejercicio». Saber asesorar con respeto y evitando juicios de valor suele mejorar la colaboración futura del paciente.

Durante los últimos años ha aumentado enormemente la actividad médica en relación a los llamados «factores de riesgo», para los que se han propuesto rápidamente soluciones farmacológicas (figura 3). El médico vive como una obliga-

Figura 3



El consumo preventivo de medicamentos es cotidiano para muchos ciudadanos.

ción profesional y moral la indicación de un tratamiento porque, existiendo un recurso que previene (aunque la evidencia no permita extrapolar los beneficios a poblaciones generales²⁰) ¿cómo no lo va a utilizar? Ejemplo de ello son probablemente los tratamientos con bifosfonatos e hipolipemiantes²¹.

Próximamente, la medicina predictiva asociada a la genética será fuente de conflictos. No hacer daño será primordial; los pacientes con predisposiciones genéticas a padecer una patología determinada tendrán serio riesgo de ser etiquetados como enfermos.

Principio de justicia, la equidad en la prevención

Garantizar la justicia distributiva es un alto valor moral para el médico porque los recursos son limitados. Exige, por un lado, intentar que todos los pacientes tengan acceso sin discriminación a las mismas medidas de prevención y, por otro, priorizar la prevención en los grupos poblacionales que mejor lo vayan a rentabilizar. Por ejemplo, ofertar y realizar mamografía a todas las mujeres de 50 a 69 años que la acepten. Si se ofrecieran mamografías a las mujeres de todas las edades se dilapidarían recursos sin cubrir adecuadamente al grupo de edad con mayor incidencia.

En AP, uno de los recursos principales es el tiempo. Una manera de mejorar la eficiencia del tiempo puede ser trabajar en actividades comunitarias de promoción de la salud en grupos, lo que potencia además la capacidad de autocuidado a nivel individual. Sin embargo, en estas intervenciones también es importante disponer de evidencias científicas de su eficiencia.

Aunque las intervenciones preventivas y las terapéuticas tienen un diferente efecto sobre la esperanza de vida, la administración sanitaria a menudo fomenta más la atención de la hipertensión que de la insuficiencia cardíaca. Como la hipertensión arterial prácticamente se considera una enfermedad, se justifica casi cualquier inversión de recursos (citas, exploraciones y pruebas y tratamientos durante años), en detrimento de enfermos con patología establecida. Esta transferencia de recursos a la medicina preventiva puede atentar contra la justicia distributiva.

La intervención individual en fumadores, como en otros estilos de vida, plantea otras cuestiones éticas²² en relación con este principio. En aras de la eficiencia, es importante reconocer el estadio de disposición al cambio del paciente, aplicando por ejemplo el modelo de fases del cambio²³, lo que determinará la intensidad de la intervención.

Respetar la autonomía en la prevención

En general, la educación sanitaria, la promoción de la salud y los programas de salud pública son voluntarios, aunque pueden ejercerse intervenciones coercitivas sobre el estilo de vida. La libertad de los sujetos para elegir y tomar sus propias decisiones tiene como fundamento ético básico el proceso de consentimiento informado (que no debe confundirse con los documentos escritos), ineludible cuando se habla de prevención. Tomar una decisión de manera informada supone comprender la naturaleza del problema, el acto clínico, sus riesgos, limitaciones, alternativas, incluso el grado de conocimiento sobre el tema, así como las consecuencias de no actuar. Supone, también, haber podido deliberar y preservar los valores del paciente. Para informar, puede ser de gran ayuda disponer de referencias culturales y herramientas sencillas y prácticas aprovechando la tecnología de la información.

La mayoría de los conflictos éticos surgen con pacientes a los que se etiqueta de «no colaboradores», personas que no siguen las recomendaciones sobre modificación de hábitos. Se plantea entonces a los profesionales el dilema de hasta qué punto se puede «presionar» a estos pacientes²⁴, existiendo por otra parte alto riesgo de «culpabilizarles».

Un dilema muy frecuente en la consulta

¿Qué sucede cuando un paciente nos solicita una acción preventiva que no ha demostrado eficacia o que está contraindicada en su caso particular?

Es común encontrar a pacientes que tratan de sustituir los cambios recomendables de sus hábitos por fármacos que, supuestamente, les mejorarán su salud (obesidad, dislipemias). Algo potencialmente beneficioso no se traduce automáticamente en un deber ético y mucho menos legal. Existe el derecho a un tratamiento, por ejemplo de hipercolesterolemia, pero no un derecho automático a la prescripción de un fármaco.

Una persona puede rechazar lo indicado pero no tiene derecho a lo que está contraindicado. Si lo reclama, el médico debe reconducir la situación mediante la deliberación con el paciente. Si la recomendación (lo que se considera beneficioso, lo indicado) se confronta con la autonomía, se pasa a un segundo nivel ético, el de la no maleficencia y la justicia, que fundamentan el rechazo a la petición del paciente. El respeto por la autonomía del paciente sí exige informarle de las alternativas posibles. Una atención de calidad será aquella que procura llegar a acuerdos graduales de cambio sobre el autocuidado. Probablemente sea también necesaria una actitud que permita analizar y trabajar sobre las propias emociones (frustración, rechazo). Si esto no satisface al paciente, hay que tener en cuenta que lo imposible no es moralmente exigible.

RESUMEN

La prevención debe suponer una inversión proporcional a los beneficios, valorando sus potenciales daños colaterales y teniendo en cuenta el coste de oportunidad. Debe actuarse, por tanto, con prudencia, estando vigilantes a los efectos psicológicos y físicos que se pueden producir. Es muy recomendable pensar en términos de prevención cuaternaria, preservando la capacidad y los recursos que la persona tiene para gestionar su salud, sin transformar un problema de salud en una dependencia de los servicios sanitarios.

Se pueden aprovechar las oportunidades de hacer prevención en la consulta pero, sobre todo, esforzarse en mejorar la educación sanitaria y las condiciones generales de toda la población, y no centrarse sólo en aquellos pacientes etiquetados de alto riesgo. Como la prevención supone siempre gestionar el tiempo disponible y la demanda, es preciso priorizar a partir de la efectividad de ésta, lo que permitirá también reducir la presión y la frustración que genera la acumulación de tareas en la consulta. El trabajo preventivo en equipo mejora la eficiencia pero requiere organización y normas que impidan la dilución de la responsabilidad y las desigualdades en el reparto de tareas.

La AP debería actuar con prudencia y sano escepticismo, colaborando en la generación de información fiable, así como reivindicar la independencia de las sociedades científicas, exigiendo de los servicios de salud que ejerzan su responsabilidad en la formación continuada, lejos de influencias interesadas.

LECTURAS RECOMENDADAS

Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en atención primaria. *Med Clin (Barc.)* 2001;117:740-50. Disponible en: <http://external.doyma.es/pdf/2/2v117n19a13023091pdf001.pdf> (Consultado el 31-3-2010).

Documento básico en el análisis de distintos aspectos y con diversos enfoques de las cuestiones éticas preventivas en atención primaria.

Gérvás J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008 Dec 6;372(9654):1997-9. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/prevention-lancet-final-2008.pdf> (Consultado el 30-4-2010).

Interesante artículo sobre las consecuencias de un enfoque preventivo de la medicina, su difusión sin suficientes garantías a los médicos y a la población, el abordaje de los factores de riesgo y el uso de tablas, así como la repercusión sobre la atención a las enfermedades.

Illich I. *Medical nemesis. The expropriation of health.* New York: Pantheon Books, 1976.

Una reflexión crítica sobre los efectos negativos de la medicina industrializada y las principales razones por las que la medicina ha rebasado los límites tolerables y resulta patógena: produce daños clínicos superiores a sus beneficios; enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad; expropia el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. U.S. Preventive Services Task Force, Guide to clinical preventive services Baltimore: Williams Et Wilkings; 1996. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/USpstfix.htm> (30-4-10).
2. Pellegrino ED: Autonomy and coercion in disease prevention and health promotion. *Theoretical Medicine* 1984; 5:83-91.
3. McWhinney I. *Medicina de Familia.* Barcelona: Doyma; 1995.
4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: *Canadian guide to clinical preventive health care.* Ottawa: Canada Communication Group. Disponible en: <http://www.canadiantaskforce.ca/> (30-4-10).
5. <http://www.papps.org/> (30-4-10).
6. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2004;167:363-4.
7. Hernández MA, Abaurrea P, González JD, Duro R, Rodríguez C, Basora J, et al. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: propuestas desde la Medicina de Familia. Documento semFYC n.º 26. Barcelona: semfyc, 2009.
8. Merino A, Miguel F, Sanz R. Yo medicalizo, tú medicalizas, él...: reflexiones y propuestas. *AMF* 2005;1(5):269-278.
9. Gérvás J. *Rev Espaço Saúde.* Abuso de la prevención clínica. El cribado del cáncer de mama como ejemplo. 2009;11:49-53. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/01/prevencion-abuso-cancer-mama-brasil-2009.pdf> (30-4-10).
10. Marquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5:47-53.
11. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002;324:860-1.
12. Wilson JMG, Jungner F: Principles and practice of screening for disease. 1968. *Public Health Papers No. 34.* Geneva: World Health Organization.
13. Jamoulle M. About prevention; quaternary prevention. Disponible en: http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm (30-4-10).
14. Bentzen N. *WONCA dictionary of general practice/family medicine.* Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
15. Beauchamp T L, Childress J. *Principios de ética biomédica.* Barcelona, Masson, 1999.
16. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(3):321-33.
17. Clinical trials registration. A statement for the International Committee of Medical Journals Editors. *Lancet*. 2004;364:911-2.
18. Schröder FH. Priorities in future research in prostate cancer screening. *Eur J Epidemiol*. 2003;18:1021-3.
19. Zahl PH, Moehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancer detected by screening mammography. *Arch Intern Med*. 2008;168:2311-6.
20. Gérvás J, Pérez Andrés C. Evaluación de las intervenciones en salud. La búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:577-9.
21. Miguel F, Montero MJ, Merino A, Sanz R, Maderuelo JA. Boletín farmacoterapéutico de Navarra. 2009;17,4. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/webgn/sou/publicac/bj/textos/Bit_v17n4.pdf (30-4-10).
22. Córdoba R, Altisent R. Ética clínica y tabaco *Med Clin (Barc)* 2004; 122(7):262-6. Disponible en: http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7016&articuloId=13058381&revistaid=2 (30-4-10).
23. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-395.
24. Altisent R, Delgado MT, Jolin L, Martín MN, Ruiz R, Simón P, Vázquez JR. Sobre bioética y medicina de familia (y V) *Aten Primaria*. 2000;25:127-39.