

Original

Autonomía y heteronomía, una alianza necesaria para el abordaje del tabaquismo. Visión de profesionales y pacientes



Pablo Muñoz-Cifuentes^{a,*}, Rodrigo Córdoba^b, Rogelio Altisent^c y María Teresa Delgado-Marroquín^d

^a Grupo de investigación en Bioética, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España

^b Centro de Salud Delicias Sur, IIS Aragón, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^c Centro de Salud Actur Sur, IIS Aragón, Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^d Centro de Salud Delicias Norte, IIS Aragón, Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de octubre de 2017

Aceptado el 24 de abril de 2018

On-line el 19 de julio de 2018

Palabras clave:

Tabaquismo

Ética

Legislación

Autonomía personal

Investigación cualitativa

Atención primaria

R E S U M E N

Objetivo: Explorar la percepción de profesionales y pacientes sobre las cuestiones éticas que entraña la atención al tabaquismo en las consultas de atención primaria.

Método: Se diseñó un estudio cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 profesionales y 7 pacientes, y dos grupos focales con 6 profesionales y 7 pacientes de atención primaria (32 participantes en total). Se realizó un muestreo intencional buscando perfiles de profesionales y pacientes de ambos sexos, distintas edades y experiencia en relación con el tabaquismo. El análisis de contenido siguió una estrategia analítica inductiva desde los datos hasta la creación de categorías teóricas.

Resultados: Se identificaron cuatro categorías principales: 1) cuestiones éticas relativas a la responsabilidad del/de la profesional con el/la paciente fumador/a; 2) cuestiones relacionadas con la actitud que debe mostrar el/la profesional ante el/la paciente; 3) aspectos relacionados con la justicia en la distribución de recursos y con el papel de la Administración pública en el control del tabaquismo; y 4) cuestiones relativas a la autonomía de la persona fumadora con respecto al consumo y al cese del tabaquismo.

Conclusiones: Es necesaria una alianza entre la ética que favorece la auténtica autonomía de la persona fumadora y la regulación heterónoma del consumo de tabaco. Sería conveniente incluir estas cuestiones en los programas de formación para el manejo del tabaquismo por parte de los/las profesionales.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Autonomy and heteronomy, a necessary alliance to address smoking cessation. Views of professionals and patients

A B S T R A C T

Objective: To explore the perception of professionals and patients with regard to ethical issues involved in addressing the habit of smoking in primary care consultations.

Method: A qualitative study was designed, consisting of 12 semi-structured interviews with professionals, 7 interviews with patients and 2 focus groups with 6 professionals and 7 primary care patients (a total of 32 participants). An intentional sampling was conducted, including profiles of professionals and patients of both sexes, different ages and experience in relation to smoking. A content analysis was performed with an inductive analytical approach from data to the creation of theoretical categories.

Results: Four main categories were identified: 1) ethical issues related to the responsibility of the professional when treating patients who smoke; 2) issues related to attitude to patients who smoke; 3) issues related to fair and equitable distribution of resources and to the role of the different levels of government in relation to the control of smoking; and 4) issues related to smokers' autonomy regarding their habit and smoking cessation.

Conclusions: An alliance is needed between the ethics that support the autonomy of patients who smoke and the regulation of tobacco consumption. This approach should be included in clinical training programmes dealing with tobacco use, dependence and cessation.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Tobacco use

Ethics

Legislation

Personal autonomy

Qualitative research

Primary health care

Introducción

El tabaquismo supone la segunda causa de muerte, enfermedad y discapacidad en el mundo¹. Produce anualmente la muerte de más de 7 millones de personas en el mundo, de las cuales 6 millones son consumidoras de tabaco y 890.000 son no fumadoras expuestas

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blopa77@gmail.com (P. Muñoz-Cifuentes).

al humo del tabaco². En España, la mortalidad anual derivada del tabaquismo fue de casi 52.000 personas en los años 2000 a 2014³, con una prevalencia de fumadores/as en ese último año del 22,2%⁴.

En 2005 se promulgó en nuestro país la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Esta fue la primera ley integral para la prevención y el control del tabaquismo, que 5 años más tarde fue modificada y ampliada por la Ley 42/2010, actualmente en vigor. Este nuevo marco regulador de los productos derivados del tabaco ha cambiado drásticamente el panorama español en materia de control del tabaquismo. Numerosos estudios constatan una reducción de la exposición al humo del tabaco y un descenso de la morbimortalidad de los no fumadores^{5,6}. Diez años después de la entrada en vigor de la primera ley para el control del tabaquismo en España, la cifra de fumadores descendió de 11,4 a 8,7 millones³, y este descenso se ha relacionado con la implementación de dichas medidas legislativas⁷.

Sin embargo, existen importantes aspectos más allá del marco legal que resultan decisivos para que la persona fumadora se plante con seriedad el abandono de su hábito tabáquico. Se trata de cuestiones que se sitúan en el ámbito de la autonomía y de los valores personales que emergen en la relación clínica. De este modo, se hace necesaria una reflexión sobre la relevancia de la sinergia entre autonomía personal y heteronomía, entendida esta última como «la ley del otro» o norma legal⁸. Surgen así determinados interrogantes en el campo de la ética clínica en relación con el papel que el/la profesional sanitario/a puede y debe desempeñar en el proceso de cese.

El abordaje del tabaquismo es especialmente importante en atención primaria dada su accesibilidad, su función de puerta de entrada al sistema sanitario y la continuidad en la atención a las personas que fuman⁹. Por ello, numerosos estudios se han centrado en este nivel asistencial para el estudio de las actitudes y creencias de los/las profesionales que pueden explicar su distinto grado de implicación en este tipo de actividades preventivas^{10,11}. Los hallazgos de las investigaciones previas muestran que los/las profesionales destacan como barreras para la intervención en este campo el tiempo que requiere en la consulta, mientras que los/las pacientes esperan de sus profesionales mayor proactividad al abordar el cese del tabaco. Además, los/las profesionales que fuman aconsejan menos el cese que los/las que no fuman^{12–14}.

Nuestro estudio aborda el estudio de estos y otros aspectos que entraña la consulta del/de la profesional con la persona fumadora desde una perspectiva ética. Su objetivo es explorar la percepción de los/las profesionales sanitarios/as y los/las pacientes sobre las cuestiones éticas que surgen en la atención al tabaquismo en las consultas de atención primaria.

Método

Estudio cualitativo realizado en dos fases. El trabajo de campo se desarrolló entre 2011 y 2015 en la Comunidad Autónoma de Aragón. En una primera fase se realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 médicos de familia de ocho centros de salud y a siete pacientes reclutados en tres centros de atención primaria de las tres provincias aragonesas. En la segunda fase del estudio se realizaron dos grupos focales, cuyos participantes fueron siete pacientes (dos mujeres y cinco hombres) procedentes de atención primaria en el primero, y tres médicos de familia (una mujer y dos hombres) más tres enfermeras de atención primaria en el segundo. Los grupos focales permitieron complementar la información procedente de las entrevistas mediante la interacción de los/las participantes, además de explorar el discurso social relativo a la pregunta de investigación. El guion de las entrevistas y de los grupos focales (tabla 1) se diseñó partiendo del marco teórico del estudio.

Tabla 1

Guion de las entrevistas y de los grupos focales

Apertura
Presentación del moderador mostrando cercanía y calidez. Bienvenida y agradecimiento a los participantes. Solicitud del consentimiento informado por escrito a cada participante. Garantía de confidencialidad en el manejo de la información. Presentación de los asistentes, valorando su presencia y especial aportación como participantes en el grupo focal. Explicación de la dinámica grupal y de los objetivos del grupo: «Vamos a debatir sobre las cuestiones éticas que aparecen en la consulta de atención primaria al paciente fumador». Funcionamiento y duración prevista. Aclaración del papel del moderador.
Conducción y desarrollo. Guion temático
¿Es libre la decisión de comenzar a fumar? ¿Por qué? ¿Cuáles son los condicionantes de esa decisión? ¿Está legitimado el profesional para tratar de que el paciente acabe con el hábito de fumar? ¿Por qué? ¿Merece la pena dedicar tiempo y recursos destinados a la intervención de los profesionales sobre el tabaquismo de sus pacientes? ¿Por qué? ¿Influyen los hábitos de los profesionales en el éxito de sus propios consejos sobre el tabaco? ¿Por qué? ¿Desde qué actitud intervienen los profesionales y cómo deberían hacerlo? ¿Es el médico el único responsable en este tema o tiene algún papel la enfermera? ¿Y la consulta especializada? ¿Por qué? ¿Qué otras cuestiones éticas considera que existen en el abordaje del tabaquismo por parte del profesional en la consulta?
Cierre
Dedicar un tiempo a los aspectos sobre los que existe consenso. Agradecimiento por la colaboración y despedida.

Para la fase de entrevistas se realizó un muestreo intencional guiado teóricamente, seleccionando participantes con diferentes perfiles (tabla 2). El acceso a los/las participantes para la primera fase de entrevistas se consiguió a través de dos facilitadores, médicos de familia con amplia experiencia en tabaquismo. En el grupo focal de profesionales (tabla 3) se incluyeron tres enfermeras por su importante tarea en actividades preventivas y en deshabitación tabáquica¹⁵, y basándose en las entrevistas realizadas durante la primera fase del estudio. El número final de participantes se fijó mediante la saturación teórica de las categorías y los conceptos clave de la investigación. Dado que se fue realizando el análisis a medida que se desarrollaban nuevas entrevistas, se llegó a un punto en que la información respecto a las cuestiones éticas que se exploraban se consideró redundante.

La recogida de datos en ambas fases la llevó a cabo un único entrevistador en los centros de salud de los participantes. Los grupos focales se desarrollaron en un mismo centro de Zaragoza. La duración media de las entrevistas fue de 30 minutos y la de los grupos focales fue de 60 minutos; ambas técnicas se registraron con audiodgrabadora.

El análisis cualitativo de contenido se realizó siguiendo una estrategia mixta, inicialmente deductiva, pero sensible a la emergencia inductiva de conceptos procedentes de los datos. Las distintas fases que se siguieron en el proceso de análisis las describen en su propuesta Calderón y Fernández de Sanmamed¹⁶. Se partió de los datos brutos procedentes de la transcripción de los registros de las entrevistas y los grupos focales, y mediante un proceso de segmentación, codificación y creación de familias semánticas de códigos se fue siguiendo un recorrido desde los datos hacia la creación de categorías teóricas. Para el abordaje de las primeras fases analíticas se tomó el marco teórico estructurado en conceptos e indicadores como elemento orientador. Siguiendo la propuesta de Córdoba y Altisent¹⁷, se distinguen cuestiones éticas relacionadas con la decisión de comenzar a fumar, la legitimidad de la intervención del/de la profesional, su actitud ante la persona

Tabla 2
Características de los participantes en las entrevistas

Código	Sexo	Edad (años)	Tiempo de ejercicio (años)	Hábito tabáquico	Centro	Provincia
P1	Mujer	53	28	No fumadora	Urbano 1	Zaragoza
P2	Mujer	48	22	No fumadora	Urbano 1	Huesca
P3	Varón	55	30	Exfumador	Rural 1	Zaragoza
P4	Varón	50	24	Exfumador	Rural 2	Zaragoza
P5	Mujer	42	18	No fumadora	Urbano 2	Huesca
P6	Varón	48	23	No fumador	Urbano 2	Zaragoza
P7	Mujer	56	33	Exfumadora	Urbano 3	Zaragoza
P8	Mujer	50	25	No fumadora	Urbano 2	Zaragoza
P9	Mujer	57	22	Fumadora	Urbano 2	Zaragoza
P10	Varón	49	10	Fumador	Rural 3	Zaragoza
P11	Mujer	43	19	Fumadora	Rural 1	Teruel
P12	Varón	49	26	Exfumador	Urbano 4	Zaragoza
U1	Mujer	48		Fumadora	Urbano 1	Zaragoza
U2	Varón	45		Fumador	Urbano 2	Zaragoza
U3	Varón	63		Fumador	Urbano 3	Zaragoza
U4	Mujer	60		Fumadora	Urbano 1	Zaragoza
U5	Varón	53		Fumador	Urbano 3	Zaragoza
U6	Varón	61		Fumador	Urbano 2	Zaragoza
U7	Varón	39		Fumador	Urbano 1	Zaragoza

P: profesional; U: usuario.

Tabla 3
Composición de los grupos focales

Código	Sexo	Edad(años)	Relación con el tabaco	Perfil profesional
P1	Mujer	67	Fumadora	Enfermera
P2	Mujer	52	Exfumadora	Enfermera
P3	Varón	29	Fumador	Médico de familia
P4	Mujer	25	Fumadora	Enfermera
P5	Varón	54	No fumador	Médico de familia
P6	Mujer	28	Fumadora	Médico de familia
U1	Varón	52	Fumador	
U2	Varón	48	Fumador en deshabitación	
U3	Mujer	46	Fumadora en deshabitación	
U4	Varón	54	Fumador	
U5	Varón	17	Fumador	
U6	Mujer	47	No fumadora	
U7	Varón	50	Fumador	

P: profesional; U: usuario.

fumadora y, por último, cuestiones relativas a la equidad ante dicha persona. La triangulación analítica fue clave en el desarrollo de las categorías; se ponderó la consistencia de las ideas que soportan cada categoría partiendo de la información expresada por los/las profesionales, los/las pacientes y la reflexión del propio investigador. Finalmente, se diseñó un mapa de significados articulando entre sí las distintas categorías mediante vínculos significativos para tratar de dar respuesta a la pregunta de investigación. Todo este proceso analítico se realizó con el *software* ATLAS.ti 7.

El proyecto de investigación fue valorado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón, que emitió un dictamen favorable. A cada participante del estudio se le pidió su consentimiento informado por escrito al comienzo de las entrevistas y de los grupos focales. Se garantizó la anonimización de los datos generando un código para cada participante de las entrevistas y de los grupos focales. A todos/as ellos/as se les explicó previamente la naturaleza del estudio y el compromiso de confidencialidad que se asumía con ellos.

Resultados y discusión

Los resultados de este estudio se articulan en cuatro categorías que se desarrollan a continuación (tabla 4) y se ilustran con citas textuales de los/las participantes de la investigación (tabla 5).

Tabla 4
Categorías y subcategorías resultantes del análisis de los datos

Categorías	Subcategorías
1. Cuestiones éticas relativas a la autonomía del paciente	1.1. Decisión de comenzar a fumar 1.2. Dependencia del tabaco 1.3. Decisión personal de abandono del tabaco
2. Cuestiones éticas relativas a la responsabilidad profesional	2.1. Compromiso profesional para la intervención 2.2. Confianza que facilita la intervención 2.3. Hábitos del profesional respecto al tabaco
3. Cuestiones éticas relativas a la actitud del profesional	3.1. Consejo persuasivo respetuoso 3.2. Acompañamiento hacia la motivación 3.3. Actitudes inadecuadas: inhibición y paternalismo
4. Cuestiones éticas relativas a la gestión de los recursos	4.1. Intervención adecuada a la motivación 4.2. Papel regulador del Estado

Cuestiones éticas en relación con la autonomía de la persona fumadora

La primera categoría se centra en la decisión de comenzar a fumar, la dependencia del tabaco y el proceso de cese:

Tabla 5
Citas textuales ilustrativas de los resultados

Subcategorías	Citas
1.1	«Ellos tienen información, pero no tienen ni idea de la repercusión que les va a llevar el comenzar a fumar. Saben que es malo, pero ellos lo ven a muy largo plazo.» (P8) «... y empiezas que dices: "No cogeré el hábito", y ya lo creo que lo coges.» (U2)
1.2	«La dependencia del tabaco te das cuenta el día que lo quieres dejar, ¿me explico? Entonces, ahí es jorobado.» (GFP) «... porque yo llevo un año queriendo dejar de fumar y lo he dejado tres días, pero sígo. Y cada cigarro me sabe fatal a la cabeza, ¿no? Pero el cuerpo lo necesita...» (GFU)
1.3	«Hay algunos que sí que se pueden motivar en el sentido del ahorro económico que les pueda suponer porque también están mal de dinero.» (P1) «Esto es importantísimo también porque llegará un momento que la gente no va a poder pagar. Y al final va a prevalecer el tema económico...» (GFU)
2.1	«... a ver, tú tienes que hacer las cosas lo mejor que sepas. Y formarte incluso para esa ingratitud de que veas que el paciente no deja y vuelve y vuelve.» (P8) «... casi siempre que venimos a su consulta se suscita el tema y yo me quedo maravillado con el interés que pone... Insiste, insiste...» (U3)
2.2	«... porque realmente muchas veces es en primaria donde la gente se concienta o tiene más confianza con el médico para iniciar la deshabituación...» (P10) «... bueno, si el médico —lo doy por hecho— tiene el tacto y la habilidad suficientes, no creo que tenga límites.» (U3)
2.3	«... si no das ejemplo no puedes convencer a nadie... si yo digo que no fumen y luego me ven fumar... lo primero que me van a decir es que lo deje yo.» (P10)
3.1	«Si a mí me dice que no fume y yo veo que está con el paquete de tabaco, le diría: ¿qué me estás contando?» (U4) «Nosotros lo que tenemos que hacer como sanitarios es ayudar a tomar esa decisión, no imponer, persuadir.» (P4) «... dame un consejo y dime por qué. No me impongas una opinión tuya...» (GFU)
3.2	«... yo creo que el personal sanitario tenemos que estar en la situación de acompañar a esa persona a que encuentre su motivación.» (GFP) «La última vez lo que hizo fue volverle a despertar el deseo de dejarlo, ¿no?» (U5)
3.3	«... es una forma de justificar que has hecho la intervención... "¡Oiga, está fumando!"... Ya está. Pues vale, rellenas...» (GFP) «... porque a veces una actitud severa o intransigente hace nacer un sentimiento defensivo en contra de ese planteamiento.» (U5)
4.1	«Yo estoy convencida de que lo que es gratis todos no lo valoramos en su medida. Para dejar de fumar, lo primero que tenemos que hacer es querer dejarlo...» (GFP) «... ahora, si la persona no quiere, yo creo que por mucho que intentéis vosotros apoyar, no lo va a conseguir.» (U1)
4.2	«... tú no puedes prohibir si no educas...» (P12) «Yo creo que si la información se diese en general a la gente, y la educación, se fumaría menos. Y se ahorraría bastante dinero en pastillas...» (GFU)

GFP: grupo focal de profesionales; GFU: grupo focal de pacientes; P: profesional; U: usuario.

- La decisión de comenzar a fumar: los resultados muestran que esta decisión está determinada por la inconsciencia con la que el/la joven se inicia en el tabaco y está claramente influida por condicionantes tales como la presión del grupo, el ambiente social o la publicidad. Profesionales y pacientes coinciden en que el/la adolescente que comienza a fumar hoy está adecuadamente informado, pero no es consciente del riesgo al que se expone mediante este consumo iniciático. Estos resultados son concordantes con la literatura nacional e internacional, que destaca esos mismos factores como condicionantes de la decisión de iniciar el consumo^{18,19}.
- La dependencia del tabaco: mientras que los/las pacientes destacan su desagradable experiencia con los síntomas que aparecen cuando tratan de mantener la abstinencia, los/las profesionales se centran en el concepto de pérdida de capacidad de la persona para controlar su propio consumo. Coinciden así con autores como Ursprung y DiFranza²⁰, que sostienen que la dependencia debería evaluarse en función de la capacidad para controlar el propio consumo de tabaco.
- Decisión personal de abandonar el tabaco: solo la persona fumadora puede decidir cómo y cuándo abandonar el tabaco. En este proceso de decisión opinan los/las profesionales que la motivación particular de cada persona y los motivos activadores de esta ocupan un lugar medular. Entre los motivos, los/las pacientes destacan la presión que ejerce sobre quien consume tabaco el ambiente no fumador en el que vive, y sobre todo el ahorro económico que supondría el cese. No en vano en ambos motivos desempeña un papel destacado la regulación del consumo, la venta y la publicidad vigente en España, en la línea marcada por el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco²¹. Se aprecia en este punto de qué

manera la norma heterónoma puede favorecer la decisión autónoma de la persona fumadora de romper con el cigarrillo.

Cuestiones éticas relacionadas con la responsabilidad profesional

Esta categoría permite distinguir cuatro dimensiones coincidentes respecto a los/las profesionales de medicina y enfermería:

- El compromiso profesional es clave para una intervención adecuada: los/las profesionales participantes son quienes más destacan la necesidad de implicación y compromiso profesional en el tratamiento del tabaquismo, por ser esta una tarea preventiva de primer orden. Esta dimensión incorpora ideas importantes como la motivación profesional y la formación necesaria para abordar de manera adecuada el tabaquismo en la consulta. El/la profesional está llamado/a a la excelencia²², y ello requiere un alto grado de compromiso ético con los fines propios de su profesión, entre los que se encuentra la prevención. Lamentablemente, la formación en tabaquismo durante el grado de medicina y enfermería se basa a menudo en la adquisición de contenidos teóricos sin apenas intervenir en la modificación de actitudes²³. Tal como apuntan algunos autores, es preciso mejorar la formación en tabaquismo incidiendo en este necesario compromiso²⁴.
- La confianza entre profesional y paciente facilita la intervención: pacientes y profesionales entienden que, en la medida en que existe confianza en una relación clínica, la intervención sobre el tabaquismo puede ser más intensa y legítima. Es en atención primaria donde suele darse mayor confianza entre profesional y paciente, y por ello es un nivel asistencial especialmente favorable para intervenir. Sin embargo, de acuerdo con estudios

anteriores^{25,26}, es preciso que el/la profesional domine las herramientas propias de la entrevista clínica para que su abordaje del tabaquismo, lejos de erosionarlo, consolide este vínculo de confianza con sus pacientes. Quien se decide a abordar este asunto en la consulta debe saber valorar cautelosamente el momento y la receptividad de la persona fumadora.

- Los hábitos del/de la profesional que fuma: los resultados señalan que el/la profesional fumador/a no debe proyectar esta imagen, dado que la sociedad asigna a los/las profesionales sanitarios/as un rol modélico en cuanto a sus hábitos de vida. Esto es reiterado por organismos nacionales e internacionales que velan por la salud pública²⁷. Los resultados coinciden con otros estudios²⁸ que demuestran que la eficacia de los consejos del/de la profesional fumador/a queda comprometida cuando se evidencia que no predica con el ejemplo.

La actitud del/de la profesional ante el paciente fumador

La actitud del/de la profesional es una de las cuestiones nucleares a tener en cuenta en la atención a la persona fumadora. Esta categoría se estructura en actitudes aceptables desde el punto de vista ético y otras que no lo son a tenor de los resultados obtenidos:

- El consejo persuasivo respetuoso con el/la paciente: profesionales y pacientes entienden que el consejo para el cese del consumo merece un alto calificativo ético por ser respetuoso con la persona fumadora. Los/las profesionales destacan también que es altamente coste-efectivo, como refleja la literatura^{29,30}. Se valora el consejo personalizado con intención persuasiva adecuado a cada momento y circunstancia de la persona fumadora. Por ello, se sitúa esta intervención breve entre los primeros pasos recomendados en el abordaje profesional del tabaquismo³¹.
- Acompañamiento del/de la profesional en la motivación para el cambio: la actitud más próxima a la excelencia ética es el acompañamiento, sin juzgar ni culpar a la persona fumadora. Consiste en apoyar desde la deliberación hacia la motivación para el cambio. Así opinan los/las profesionales y, en menor medida, los/las pacientes. Esta es la orientación propia de la entrevista motivacional recomendada para trabajar con la persona que no quiere fijar una fecha para el abandono del tabaco³¹.
- La inhibición y el paternalismo, actitudes inadecuadas frente a la persona fumadora: se identifican por parte de los/las profesionales actitudes como la inhibición personal ante el tabaquismo, aún muy frecuente según diversos autores³². Esta actitud puede traducirse en distintas estrategias de cumplimiento meramente formal de protocolos o normas técnicas mínimas en las consultas, sin implicarse en un abordaje firme y convencido del problema. Tampoco resultan aceptables, a juicio de los/las pacientes, la excesiva presión o la falta de respeto de la libertad de la persona fumadora que traducen ciertas actitudes paternalistas que pueden llegar a erosionar la confianza en la relación clínica.

Cuestiones éticas en relación con la gestión de los recursos

Esta categoría incluye los conceptos relacionados con la distribución equitativa de los recursos por parte del/de la profesional, pero también del Estado como agente regulador y proveedor de bienes y servicios:

- Intervención adecuada a la motivación de la persona fumadora para el cese: el papel de la motivación para el cese ha emergido con fuerza en este estudio como factor imprescindible para lograr el cese del hábito tabáquico. El/la profesional debe tener muy en

cuenta la motivación de la persona fumadora para el cese si quiere gestionar de manera adecuada su tiempo y su esfuerzo. En la controversia existente sobre la conveniencia o no de la financiación pública de los tratamientos para la deshabituación tabáquica³³, partidarios y detractores entre los participantes de este estudio coincidieron en que la clave es la motivación de la persona para el cese.

- El papel regulador del Estado: los/las profesionales destacan la falta de tiempo en la consulta, dada la excesiva presión asistencial, como verdadera barrera para una adecuada intervención frente al tabaquismo, lo cual relacionan con la gestión de la asistencia sanitaria. Coinciden así con estudios previos diseñados para identificar las barreras que dificultan la intervención de los/las profesionales¹². En relación con la legislación vigente, comparan profesionales y pacientes la idea de que el Estado debería acompañar las medidas coercitivas con una acción educativa de la sociedad más intensa en favor de la prevención.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que el cambio cultural y social en relación con el consumo de tabaco, acontecido como resultado de la aprobación de la Ley 42/2010, favorece desde la heteronomía el ejercicio de la autonomía del fumador que decide liberarse de la dependencia del tabaco, a la que llegó en un contexto cultural más permisivo. La prohibición legal de fumar en numerosos espacios públicos y el aumento del precio de los productos derivados del tabaco pueden empujar a la persona que fuma a tomar la firme decisión de abandonar el tabaco. La efectividad de la intervención educativa y sanitaria se multiplica cuando existe un entorno social en el que la fiscalidad, la venta y el consumo de tabaco en público están regulados³⁴. El vivo debate social que tuvo lugar antes de la entrada en vigor de la nueva legislación coincidió con un mayor descenso del tabaquismo en los jóvenes de 14 a 18 años que el posterior a su entrada en vigor³.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, en la muestra de participantes hay perfiles escasamente representados, como los/las fumadores/as más jóvenes, los/las profesionales fumadores/as y los/las profesionales de enfermería. En la segunda fase del estudio se amplió el espectro de patrones en la muestra inicialmente elegida. En segundo lugar, nos encontramos con la posible influencia del entrevistador sobre los/las participantes, que se trató de controlar con el pilotaje de las primeras entrevistas a profesionales y pacientes, analizando los resultados del equipo investigador y reajustando posteriormente el guion inicial.

Para garantizar la calidad de este estudio se siguieron las recomendaciones de los *Consolidated Criteria for Reporting in Qualitative Research* (COREQ)³⁵. Se han detallado las circunstancias y el contexto geográfico y temporal en que se realizó el estudio para facilitar su transferibilidad. La credibilidad ha sido favorecida mediante la transparencia en cada una de las fases del proceso, desde el diseño hasta la interpretación de los resultados, identificando cada segmento de información proporcionada por los/las participantes. Además, se contó con la colaboración externa de un experto en investigación cualitativa, lo cual potenció la consistencia del estudio.

Este estudio permite valorar la sinergia entre la ley, con sus medidas heterónomas, y la ética, en su defensa de la autonomía del paciente. La ética sin un adecuado marco regulador no consigue los mismos resultados, ni puede proteger a los menores y a los no fumadores adecuadamente en la edad de mayor vulnerabilidad. Por otro lado, la regulación legal, por sí sola, no consigue franquear la puerta de las consultas para modificar la actitud de los/las profesionales que, desde el compromiso y la confianza,

pueden conseguir resultados eficaces y de calidad ante la persona fumadora. Los programas de formación de profesionales para la intervención en tabaquismo deberían incorporar entre sus objetivos, métodos y estrategias docentes, cuestiones éticas como las resultantes de esta investigación para favorecer un mayor compromiso ético del/de la profesional frente al tabaquismo.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La elevada prevalencia, la letalidad y la desatención profesional hacen del tabaquismo un grave problema de salud pública en nuestro país, sobre el cual ha tenido un gran impacto positivo la regulación en vigor.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El valor de la sinergia entre la heteronomía propia de la regulación del consumo de tabaco y la ética que favorece la verdadera autonomía de la persona fumadora. La formación profesional en prevención y manejo del tabaquismo, con especial atención a la ética, puede mejorar la calidad de la atención a las personas fumadoras.

Editora responsable del artículo

Erica Briones-Vozmediano.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

R. Altisent y M.T. Delgado-Marroquín se encargaron del diseño y la concepción original del estudio. R. Córdoba revisó el diseño y en coherencia con este concretó los criterios de selección de la muestra de participantes. P. Muñoz-Cifuentes realizó la recogida de los datos y coordinó su análisis, al que contribuyeron M.T. Delgado-Marroquín y R. Altisent. La organización del contenido y la redacción la realizaron R. Córdoba y P. Muñoz-Cifuentes. En la revisión crítica del manuscrito hasta llegar a su versión final han colaborado todas las personas firmantes. La versión final se acordó mediante consenso.

Agradecimientos

El equipo investigador quiere agradecer la colaboración prestada por el Grupo de Investigación en Bioética del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, la Asociación para la Prevención del Tabaquismo en Aragón y la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388:1659–724.
- Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta europea de salud en España 2014. (Consultado el 10/1/2018.) Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np937.pdf>
- Sureda X, Martínez-Sánchez JM, Fu M, et al. Impact of the Spanish smoke-free legislation on adult, non-smoker exposure to secondhand smoke: cross-sectional surveys before (2004) and after (2012) legislation. *PLoS One.* 2014;9:e89430.
- Rando-Matos Y, Pons-Vigués M, López MJ, et al. Smoke free legislation effects on respiratory and sensory disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12:e0181035.
- Lidón-Moyano C, Martín Sánchez JC, Saliba P, et al. Correlation between tobacco control policies, consumption of rolled tobacco and e-cigarettes, and intention to quit conventional tobacco in Europe. *Tob Control.* 2016;0:1–4.
- Hepburn RW. Autonomía y heteronomía (voz). En: Honderich T, editor. *Enciclopedia Oxford de Filosofía.* Madrid: Tecnos; 2001. p. 1144.
- Córdoba R, Camarellas F, Muñoz E, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria.* 2016;48 Supl 1:27–38.
- Laws RA, Kemp LA, Harris MF, et al. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: a grounded theory study. *Implementation Science.* 2009;4:66.
- Laws RA, Kirby SE, Davies GP, et al. «Should I and can I?»: a mixed methods study of clinician beliefs and attitudes in the management of lifestyle risk factors in primary health care. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:44.
- Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction.* 2009;100:1423–31.
- Bremberg S, Nilstun T. Justifications of physicians' choice of action attitudes among the general public, GPs, and oncologists in Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2005;23:102–8.
- Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns.* 2009;74:118–23.
- Klemenc-Ketis Z, Terbovc A, Gomiscek B, et al. Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. *J Clin Nurs.* 2015;24:3077–83.
- Calderón C, Fernández de Sanmamed M. Investigación cualitativa. En: Martín Zurro A, Cano JF, Gené J, editores. *Problemas de salud en la consulta de medicina de familia.* 7ª ed Barcelona: Elsevier; 2014. p. 193–216.
- Córdoba R, Altisent R. Ética clínica y tabaco. *Med Clin.* 2004;122:262–6.
- Minguijón J, Tomás E, Jimeno J, et al. Análisis de la percepción y actitudes frente al consumo de tabaco en adolescentes. Zaragoza: Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón; 2010.
- Chapman S, Liberman J. Ensuring smokers are adequately informed: reflections on consumer rights, manufacturer responsibilities, and policy implications. *Tob Control.* 2005;14, ii8–ii13.
- Ursprung WWSA, DiFranza JR. The loss of autonomy over smoking in relation to lifetime cigarette consumption. *Addict Behav.* 2009;35:14–28.
- Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- Cortina Orts A. ¿Para qué sirve realmente la ética? Barcelona: Paidós; 2013. p. 180.
- Nerín I, Guillén D, Mas A, et al. Evaluación de la influencia que ejerce la facultad de medicina en los futuros médicos respecto al tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:341–7.
- Chatkin J, Chatkin G. Learning about smoking during medical school: are we still missing opportunities? *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13:429–37.
- Losilla M, Altisent R. Ética de la prevención: ¿es mejor prevenir que curar? *AMF.* 2010;6:498–504.
- Borrell F, Bosch J. Entrevista clínica y relación asistencial, La atención centrada en la persona. En: *Problemas de salud en la consulta de medicina de familia.* 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 48–62.
- Nerín I, Córdoba R. Hacia un nuevo consenso: los congresos sin humo. *Med Clin.* 1999;113:413–4.
- Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, et al. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014;109:1811–23.

29. Royo-Bordonada MA, Armario P, Bejarano L, et al. Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2017;31:255–68.
30. López-Nicolás A, Trapero-Bertrán M, Muñoz C. Coste-utilidad del consejo médico para dejar de fumar en la Región de Murcia. *Aten Primaria.* 2017;49:407–16.
31. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update US Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respiratory Care.* 2008;53:1217–22.
32. Bartsch A-L, Härter M, Niedrich J, et al. A systematic literature review of self-reported smoking cessation counseling by primary care physicians. *PLoS One.* 2016;11:e0168482.
33. Mataix Sancho J. Propuestas para una adecuada organización de la atención al tabaquismo y financiación de su tratamiento farmacológico. *Aten Primaria.* 2008;40:381–3.
34. Siegel M, Albers AB, Cheng DM, et al. Local restaurant smoking regulations and the adolescent smoking initiation process: results of a multilevel contextual analysis among Massachusetts youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162:477–83.
35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–57.