

El Grupo Tavistock: más allá del juramento hipocrático

Sr. Director: Los profesionales sanitarios tienen la confianza de la población en lo que respecta a su integridad en el cuidado de la salud. Esa confianza, fundamento de su trabajo, les constituye en grupo al que la sociedad autoriza para regularse por sí mismo. Los profesionales sanitarios obedecen a principios éticos asumidos por todos sus componentes, que se resumen bien en el “juramento hipocrático” y en su principio básico, *primum non nocere*. El seguimiento de esos principios, aceptados y asumidos genéricamente, puede complicarse en la aplicación concreta de los mismos a las mil y una situaciones diarias que depara la práctica clínica, y por la presencia de profesionales no clínicos pero claves en la atención sanitaria, como salubristas y gerentes. También contribuye a su dificultad práctica la evolución social, cultural, científica y tecnológica. Se comprende bien que no es lo mismo tomar decisiones en plena Edad Media, ante una epidemia de cólera, que en el siglo XXI, ante la misma epidemia. Desde luego, es perenne el principio de no hacer daño, de evitar males mayores con la intervención sanitaria, pero los problemas a resolver, y las cuestiones éticas derivadas, son completamente distintos. Hay intentos varios de dar respuesta a estas nuevas cuestiones que se nos plantean a todos los profesionales sanitarios, implícita o explícitamente. Al respecto, merece la pena destacar los trabajos del Grupo Tavistock, pues implican tanto a los profesionales clínicos como a los gerentes, salubristas, economistas de la salud y planificadores, así como a los políticos sanitarios; es decir, a todos aquellos implicados en el sistema sanitario.

El Grupo Tavistock

Tavistock es el nombre de una plaza (Tavistock Square) de Londres (Reino Unido), en la que tiene su sede la Asociación Médica Británica, y su revista, el *British Medical Journal*. (Incidentalmente, en esta misma plaza tuvo su consulta Balint, el médico de los “grupos Balint”.) En la sede de la Asociación Médica Británica se reunió un grupo de 15 profesionales sanitarios, en febrero de 1998, para debatir sobre los principios éticos actualizados, necesarios para que todos los profesionales sanitarios compartan una misma regulación básica. Entre los 15 profesionales había de todo, desde enfermeras a médicos, desde un jurista a un economista (Amartya Sen, Premio Nobel por sus trabajos sobre el impacto de la pobreza en la salud), desde el director de una revista médica (Richard Smith, promotor del trabajo, del *British Medical Journal*) a gerentes y salubristas, profesionales de la ética, un jurista y un filósofo. No había, ni se ha incorporado, ningún farma-

céutico. Pertenecían a cuatro naciones: EE.UU., México, Reino Unido y Sudáfrica. No había, ni se ha incorporado, ningún español. El Grupo publicó su propuesta, con cinco principios éticos, para su debate y reforma futura¹⁻⁴. En abril de 2000 se reunió de nuevo el Grupo, en Cambridge (EE.UU.), en la sede de la *American Academy of Arts and Sciences*, y aprobó una nueva propuesta, con seis principios básicos, a compartir por todos los profesionales sanitarios.

Los seis principios éticos propuestos por el Grupo Tavistock

El objetivo es que los principios básicos se cumplan e interioricen por todos los profesionales relacionados con la salud, en su amplísimo sentido, desde los políticos que planifican reformas a las auxiliares de clínica que prestan sus servicios en un pequeño asilo rural. Se desea que estos principios sean conocidos, comprendidos y aceptados por la población, para que participe en las decisiones que implican. Estos principios son:

1. *Recibir atención sanitaria es un derecho básico humano.* Es decir, es un derecho el tener acceso a los cuidados básicos, de forma que los servicios sanitarios deben ofrecer cobertura básica universal. Los profesionales y las organizaciones, privadas o públicas, no deben tener discrecionalidad absoluta en su oferta y cobro de servicios, pues cumplen una función social. Investigar y difundir conocimientos es una obligación, para asegurar que se ofrecen servicios básicos de calidad. Es una exigencia ética el utilizar eficientemente los recursos financieros y materiales, para que lleguen los servicios básicos a toda la población.

2. *La atención clínica individual es central en el sistema sanitario, pero el objetivo final es la salud de la población.* El alivio del sufrimiento personal es el objetivo central del cuidado de los profesionales sanitarios. Los clínicos no deberían olvidar que su objetivo es la atención individual, pero que a veces ese objetivo se contradice con las necesidades de la población. Los clínicos deberían ser, simultáneamente, agentes de los pacientes y de la población.

3. *El sistema sanitario debe tratar enfermedades, aliviar sufrimientos y minusvalías y promover la salud.* No basta con enfrentarse adecuadamente a las enfermedades, pues la responsabilidad se extiende al alivio de los sufrimientos y minusvalías y a promover la salud. Debería enseñarse, e investigar, sobre estos aspectos múltiples de la atención sanitaria de calidad.

4. *Es esencial la colaboración entre todos los profesionales del sector sanitario, con los pacientes, y con profesionales de otros sectores.* La colaboración obliga, por ejemplo, a compartir habilidades y conocimientos para evitar variabilidad innecesaria, reflejo de una práctica inapropiada. La

confidencialidad respecto al paciente es básica en la colaboración. Los profesionales sanitarios deberían contribuir a la consecución de un ambiente seguro, agradable y disciplinado que facilite la relación interpersonal e intergrupala en el trabajo. La colaboración debería buscar, también, la salud de la comunidad.

5. *Todos los profesionales relacionados con la salud deben trabajar para mejorar el sistema sanitario.* Las organizaciones sanitarias, y sus profesionales, deberían establecer mecanismos para eliminar pautas obsoletas y para incorporar, rápidamente, nuevos conocimientos y habilidades que mejoren la atención. Los clínicos están obligados a mantener al día sus conocimientos, tanto para mejorar la calidad como para disminuir los costes. La mejora de la atención es tarea prioritaria, incluso frente a los intereses económicos de los profesionales.

6. *Primum non nocere.* Toda actividad sanitaria tiene riesgos, desde la curación a la prevención, desde las campañas al público a la educación para la salud, desde la intervención a la pasividad, y los profesionales sanitarios deben saberlo y valorarlo. Puesto que los errores pueden causar graves perjuicios, los clínicos deben trabajar en forma que se eviten al máximo.

Conclusión

No creo que nadie discrepe radicalmente de los principios que propone el Grupo Tavistock. Los autores del borrador están abiertos, no obstante, a propuestas y sugerencias. Pueden hacerse a nombre de Ms. Penny Janeway, penny@amacad.org (Initiatives for Children, American Academy of Arts and Sciences, Norton's Woods, 136 Irving Street, Cambridge, MA, 02138-1996, EE.UU.).

La propuesta del Grupo Tavistock nos afecta profundamente a los profesionales sanitarios, en lo personal y en lo ético. Su cumplimiento exigiría cambios fundamentales en la actitud y forma de trabajo de los profesionales, y en la organización, dirección y planificación de los servicios sanitarios. Creo que el paso inicial, la difusión de su existencia, es el primero a dar. El segundo, la reflexión personal y en grupo acerca de su impacto, es también sencillo. Más difícil es su implantación en la práctica clínica y en la organización de los servicios sanitarios.

MERCEDES PÉREZ FERNÁNDEZ

Médico general. Equipo Cesca. Presidente del Comité de la Comisión de Ética de la Red Española de Atención Primaria (REAP). Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berwick D, Hiatt H, Janeway P, Smith R. An ethical code for everybody in health care. A code that covered all rather than single group might be useful. *BMJ* 1997; 315: 1633-1634.
2. Hurwitz B, Richardson R. Swearing to care. *BMJ* 1997; 315: 1671-1673.
3. Tavistock Group. Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group. *BMJ* 1999; 318: 248-251.
4. Smith R, Hiatt H, Berwick D. A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock Group. *Ann Intern Med* 1999; 130: 143-147.

Cambio de la concentración de los viales de insulina de 40 U/ml a 100 U/ml y de las correspondientes jeringas para su administración

Sr. Director: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (IFD) recomiendan la armonización de la concentración de insulina en viales de 100 U/ml.

Con la finalidad de aumentar la seguridad y armonizar con los distintos países de nuestro entorno europeo, el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con los distintos agentes implicados y teniendo en cuenta la experiencia en otros países, ha acordado sustituir los viales de insulina de 40 U/ml por viales de 100 U/ml el 28 de febrero de 2001, sin periodo de coexistencia de las dos concentraciones.

A partir del día 28 de febrero de 2001 estarán disponibles en las oficinas de farmacia y centros sanitarios únicamente viales de insulina de 100 U/ml y las correspondientes jeringas graduadas para 100 U/ml. Esta circunstancia deberá tenerla usted en cuenta a la hora de planificar el tratamiento de sus pacientes en torno a la citada fecha.

Esta medida no tiene ninguna incidencia en la dosis prescrita, frecuencia de la administración, ni en el tipo y marca de insulina que deberá inyectarse el paciente.

Le rogamos comunique a su paciente que:

1. A partir del 28 de febrero de 2001 no estarán disponibles los viales de insulina de 40 U/ml ni las jeringas graduadas para 40 U/ml.

2. A partir del 28 de febrero de 2001 el farmacéutico sólo suministrará a los pacientes viales de insulina de 100 U/ml, así como jeringas graduadas para 100 U/ml.

3. A partir del 28 de febrero de 2001 los centros sanitarios sólo dispondrán de viales de 100 U/ml y suministrarán únicamente jeringas graduadas para 100 U/ml.

4. En el mercado existirán las siguientes jeringas para la administración de viales de insulina de 100 U/ml: 0,5 ml (capacidad 50 U), 0,3 ml (capacidad 30 U), 1 ml (capacidad 100 U).

5. A partir del 28 de febrero de 2001 los pacientes deberán entregar en las oficinas de farmacia los viales de insulina de 40 U/ml que obren en su poder en el momento del cambio.

6. A partir del 28 de febrero de 2001 los pacientes deberán entregar a su centro sanitario las jeringas graduadas para 40 U/ml que no hayan sido utilizadas.

Es de capital importancia que las personas con diabetes que están utilizando viales de insulina sean informadas de que, en ningún caso, deben utilizar las antiguas jeringas graduadas en 40 U/ml para inyectarse insulina de 100 U/ml, o utilizar las nuevas jeringas calibradas en 100 U/ml para in-