

ÈTICA DE LA PREVENCIÓ. QÜESTIONANT VELS ESCENARIS.

Autors: Grup de Treball d'Ètica de la CAMFiC

Correspondència: etica@camfic.org

Revisor: Sebastià Juncosa

Publicat: setembre 2014

Grup de Treball d'Ètica de la CAMFiC (2014)
Ètica de la prevenció. Qüestionant vells escenaris.
Butlletí: Vol 32:Iss 3, Article 1

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss1/1>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

La prevenció és l'activitat sanitària que vol evitar danys en el futur amb activitats fetes en el present, i que té per objectiu el benefici per a un pacient concret i per a la societat en general, mitjançant la reducció de la morbiditat i la mortalitat (Task Force, 1996)¹. Cal tenir en compte que prevenir és millor que curar si la intervenció preventiva fa menys mal que la intervenció curativa, però també que com diuen Gray et al "Tots els programes de cribatge ocasionen danys, alguns també poden generar beneficis i d'aquests, pocs generen més beneficis que danys a un cost raonable"². Semblaria prudent, per començar, demanar evidència suficient per introduir qualsevol activitat preventiva que es dugui a terme. Però a més de l'evidència s'ha d'avaluar el context general de la persona, tenir present tots els altres factors (tractaments, malalties, discapacitats, esperança de vida, condició social...) que poden influir en el fet que una determinada activitat potser no estigui recomanada en aquell cas. En aquest mateix context, es podria incloure la necessitat que els professionals estiguem oberts a modificar les nostres recomanacions quan aquesta evidència canviï (per ex.: peix blau i colesterol, o tractament hormonal substitutiu i augment del risc de càncer de mama).

És necessari parlar més sovint d'ètica en la prevenció? Es podria pensar d'entrada que potser no cal, perquè sembla molt clar que "és millor prevenir que curar" i, per tant, que com més activitats preventives fem als nostres pacients, més benefici els estarem aportant. És evident que algunes de les activitats preventives incorporades al llarg dels anys, com l'administració de vacunes efectives o les mesures higièniques en les

intervencions quirúrgiques per evitar les infeccions, han contribuït, i molt, a la millora de la salut de les persones. Però també és cert que s'han fet recomanacions o s'han posat en pràctica mesures "suposadament preventives" que són, si més no algunes d'elles, de dubtós benefici i encara més dubtosa eficiència. En seria un exemple el tractament de l'osteoporosi sense altres factors de risc ni antecedent de fractura.

En crear-se l'especialitat de medicina de família i comunitària, es va donar molta importància a les activitats preventives i es van dedicar molts esforços a introduir-les a les consultes d'atenció primària com un eix central de l'activitat, al mateix nivell que l'assistència als problemes de salut³, és a dir, als motius que porten a les persones a les consultes. I així s'ha fet durant més de 25 anys. Amb tota aquesta experiència acumulada, segurament és un bon moment per aturar-se i repensar algunes coses de les que es fan ara mateix, i si cal deixar de fer-ne unes per "atendre'n" d'altres que responguin a veritables necessitats de la població. Pot ser el moment també de revisar els valors que sustenten les actuacions de professionals sanitaris, gestors i ciutadania, i de fer més eficient el nostre sistema sanitari.

Seria potser el moment de preguntar-nos si totes les activitats preventives que es fan a les consultes són "bones" per als pacients, i també si es fan sempre aplicant els principis de la "bioètica" com demana qualsevol de les accions que els professionals proposen a les persones que atenen.

Cal tenir present que quan es fa “prevenció”, s’està actuant sobre persones sanes, que no han desenvolupat la malaltia o que encara estan asimptomàtiques, però que en canvi poden sortir perjudicades amb aquella acció (maleficència). Un altre factor a considerar és el fet que es pot generar una despesa elevada (per ex.: estatines en prevenció primària o “gastroprotectors” no indicats), que pot contribuir a provocar una situació d’inequitat a l’hora de distribuir els recursos limitats de què es disposa (justícia). Tampoc es menyspreable el risc de medicalitzar la població, que pot fer que persones sanes es comportin com a malaltes i que els augmenti el nivell d’ansietat o de preocupació per una possible malaltia que en la majoria dels casos no pateixen (maleficència). Tanmateix, també es pot donar que davant d’una determinada recomanació s’hi barregin interessos comercials per part de les empreses implicades (medicaments o proves diagnòstiques).

Respecte al pacient, és important que se li demani sempre el consentiment (autonomia), cosa que obliga que tingui la seva pròpia opinió, que es podrà formar si rep una bona informació, clara, suficient i entenedora. Expliquem sempre i en tots els casos abans de demanar una prova de cribratge (per ex.: mamografia, determinació del PSA...) els avantatges i els inconvenients de fer-la, el significat dels falsos positius i dels falsos negatius que es puguin donar? Expliquem també la possible escalada de proves (o tractaments fins i tot agressius) a la qual es pot arribar segons el resultat de la prova? El pacient hauria de conèixer tota la informació sobre el tema i poder prendre lliurement la decisió. Els

professionals hem d’entendre i acceptar que pot negar-se a una determinada exploració o tractament. Si ho pot fer davant d’una exploració o tractament amb un diagnòstic de malaltia, no ho podrà fer davant d’una prova o tractament en absència de malaltia?

A les mesures preventives aplicades caldria demanar que aportin resultats en la millora de la salut de les persones i les poblacions (beneficència). Per exemple, davant d’un cribratge de càncer la pregunta habitual és (Baum, 2013)⁴: “Per què cal fer cribratge de càncer?” I la resposta sol ser: “Per detectar-lo aviat”, però aquest autor proposa que la pregunta sigui: “El cribratge de càncer fa que s’allargui la vida o que millori la qualitat de vida de les persones?”.

Sortosament per la població, ha arribat el moment de vetllar i protegir les persones dels efectes negatius de l’activitat sanitària i això és el que té en compte la prevenció quaternària, de la qual és desitjable que cada vegada se’n parli més (també des de l’ètica) i que s’enquadri sobretot en l’àmbit de la seguretat del pacient^{5,6}. Aquesta és una activitat preventiva que tracta d’evitar el sobrediagnòstic i el sobretractament i, per tant, la medicalització, sobretot quan no hi ha malaltia.

Els membres del grup d’ètica de la CAMFiC hem cregut convenient iniciar una reflexió sobre aquestes i altres qüestions, en el nou document sobre [Ètica de la prevenció](#). El nostre desig és afavorir el debat constructiu sobre el tema per contribuir a la millora de la nostra activitat com a professionals.

BIBLIOGRAFIA

1. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
2. Gray M, Patnick J, Blanks R. Maximising benefits and minimising harm of screening. BMJ 2008; 336:480-3
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Ediciones Doyma SA. Barcelona. 1986.
4. Baum M. Harms from breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included. BMJ 2013;346:f385
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Disponible a (consultat 21 octubre 2013)
[http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43 Estudio ENEAS.pdf](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf)
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, Estudios e investigación 2008. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS . Disponible a (consultat 21 octubre 2013)
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf