

ÉTICA DE LA PREVENCIÓN. CUESTIONANDO VIEJOS ESCENARIOS

Autores: Grupo de Trabajo de Ética de la CAMFiC

Correspondencia: etica@camfic.org

Revisor: Sebastià Juncosa

Publicado: septiembre 2014

Grupo de Trabajo de Ética de la CAMFiC (2014)
Ética de la prevención. Cuestionando viejos escenarios.
Butlletí: Vol 32:Iss 3, Article 1

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss3/1>

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

La prevención es la actividad sanitaria que pretende evitar daños en el futuro con actividades realizadas en el presente, y que tiene por objetivo el beneficio para un paciente concreto y para la sociedad en general, mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad (Task Force, 1996)¹. Hay que tener en cuenta que prevenir es mejor que curar si la intervención preventiva daña menos que la intervención curativa, pero también que, como dicen Gray et al “Todos los programas de cribaje ocasionan daños, algunos también pueden generar beneficios y de estos, pocos, generan más beneficios que daños a un coste razonable”². Parece prudente, para empezar, pedir evidencia suficiente para introducir cualquier actividad preventiva que se lleve a cabo. Pero además de la evidencia se debe evaluar el contexto general de la persona, tener presentes los demás factores (tratamientos, enfermedades, discapacidades, esperanza de vida, condición social...) que pueden influir en el hecho de que una determinada actividad quizás no esté recomendada en ese caso. En este mismo contexto, se podría incluir la necesidad de que los profesionales estemos abiertos a modificar nuestras recomendaciones cuando esta evidencia cambie (por ejemplo: pescado azul y colesterol, o tratamiento hormonal sustitutivo y aumento del riesgo de cáncer de mama).

¿Es necesario hablar más a menudo de ética en la prevención? En principio, se podría pensar que quizás no, porque

parece muy claro que es “mejor prevenir que curar” y, por tanto, que cuantas más actividades preventivas realicemos a nuestros pacientes, más beneficio les estaremos aportando. Es evidente que algunas de las actividades preventivas incorporadas a lo largo de los años, como la administración de vacunas efectivas o las medidas higiénicas en las intervenciones quirúrgicas para evitar las infecciones, han contribuido mucho a la mejora de la salud de las personas. Pero también es cierto que se han ofrecido recomendaciones o se han puesto en práctica medidas “supuestamente preventivas” que son, al menos algunas de ellas, de dudoso beneficio y aún más dudosa eficiencia. Sería un ejemplo de ello el tratamiento de la osteoporosis sin otros factores de riesgo ni antecedente de fractura.

Al crearse la especialidad de medicina de familia y comunitaria, se dio mucha importancia a las actividades preventivas y se dedicaron muchos esfuerzos a introducirlas en las consultas de atención primaria como un eje central de la actividad, al mismo nivel que la asistencia a los problemas de salud³, es decir, a los motivos que llevan a las personas a las consultas. Y así se ha hecho durante más de 25 años. Con toda esta experiencia acumulada, seguramente es un buen momento para pararse y repensar algunas de las acciones que se llevan a cabo en estos momentos y, si es necesario, dejar de hacer algunas para “atender” otras que respondan a verdaderas necesidades de la población. Puede ser el momento

también para revisar los valores que sustentan las actuaciones de profesionales sanitarios, gestores y ciudadanía, y de hacer más eficiente nuestro sistema sanitario.

Sería quizás el momento de preguntarnos si todas las actividades preventivas que se realizan en las consultas son “buenas” para los pacientes, y también si se realizan siempre aplicando los principios de la “bioética”, como requiere cualquiera de las acciones que los profesionales proponen a las personas que atienden.

Hay que tener presente que cuando se hace “prevención”, se está actuando sobre personas sanas, que no han desarrollado la enfermedad o que aún están asintomáticas, pero que en cambio pueden salir perjudicadas con aquella acción (maleficencia). Otro factor a considerar es que se puede generar un gasto elevado (por ej.: estatinas en prevención primaria o “gastroprotectores” no indicados), que puede contribuir a provocar una situación de inequidad en la distribución de los recursos limitados de que se dispone (justicia). Tampoco es despreciable el riesgo de medicalizar a la población, que puede provocar que personas sanas se comporten como enfermas y que les aumente el nivel de ansiedad o de preocupación por una posible enfermedad que en la mayoría de los casos no sufren (maleficencia). Asimismo, también se puede dar que ante una determinada recomendación se mezclen intereses comerciales por parte de las empresas implicadas

(medicamentos o pruebas diagnósticas).

Respecto al paciente, es importante que se le solicite siempre el consentimiento (autonomía), lo que obliga a que tenga su propia opinión, que se podrá formar si recibe una buena información, clara, suficiente y comprensibles. ¿Explicamos siempre y en todos los casos antes de solicitar una prueba de cribaje (por ej.: mamografía, determinación del PSA...) las ventajas y los inconvenientes de realizarla, el significado de los falsos positivos y de los falsos negativos que se puedan dar? ¿Explicamos también la posible escalada de pruebas (o tratamientos incluso agresivos) a que se puede llegar según sea el resultado de la prueba? El paciente debería conocer toda la información sobre el tema y poder tomar libremente la decisión. Los profesionales tenemos que entender y aceptar que puede negarse a una determinada exploración o tratamiento. Si lo puede hacer ante una exploración o tratamiento con un diagnóstico de enfermedad, ¿no lo podrá hacer ante una prueba o tratamiento en ausencia de enfermedad?

Sería conveniente requerir a las medidas preventivas aplicadas que aporten resultados en la mejora de la salud de las personas y las poblaciones (beneficencia). Por ejemplo, ante un cribaje de cáncer, la pregunta habitual es (Baum, 2013)⁴. “¿Por qué es necesario realizar cribaje de cáncer?” Y la respuesta suele ser: “Para detectarlo

pronto". Pero este autor propone que la pregunta sea: "El cribaje de cáncer ¿hace que se alargue la vida o que mejore la calidad de vida de las personas?".

Por suerte para la población, la llegada el momento de cuidar y proteger a las personas de los efectos negativos de la actividad sanitaria y eso es lo que tiene en cuenta la prevención cuaternaria, de la que sería deseable que cada vez se hablara más (también desde la ética) y que se encuadra sobre todo en el ámbito de la seguridad del paciente^{5,6}. Esta es una actividad preventiva que trata de evitar el sobrediagnóstico y el sobretatamiento y, por tanto, la medicalización, sobre todo cuando no hay enfermedad.

Los miembros del grupo de ética de la CAMFiC hemos creído conveniente iniciar una reflexión sobre estas y otras cuestiones, en el nuevo documento sobre [Ética de la prevención](#). Nuestro deseo es favorecer el debate constructivo sobre el tema para contribuir a la mejora de nuestra actividad como profesionales.

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