



Ética de la prevención: cuestionando viejos escenarios

Miembros del grupo de ética:

Irene Alcalá
Noemí Amorós
Joan Atmetlla
Carme Batalla
Carme de Castro
M. José Fernández de Sanmamed
Roser Marquet
Ramón Morera
Eva Peguero
Albert Planes
Miquel Reguant
Laia Riera
Marisa Rubio
Gemma Torrell

Consultores:

Andreu Segura
Josep Casajuana

Referentes del Grup d'Ètica:

Carme Adalid
Lluís Balagué
Isabel Buezo
Eva Comín
Carles Llor
Josep-Ll. Llor
Carme Prieto
Jesús Pujol
Aurora Rovira
Montserrat Soler
Pedro J. Subías
Anna Vall-Ilosera
Rosa Vila
Francesca Zapater

Tanto los referentes como los consultores hacen aportaciones al borrador del documento, las cuales se tienen en cuenta, pero el contenido final del documento es responsabilidad del Grupo de Ética, que es el autor.

Las "Reflexiones de la práctica cotidiana" pretenden ofrecer motivos de reflexión a los lectores (básicamente médicos de familia), que les ayuden a mejorar la vertiente ética de la atención que prestan a los ciudadanos. En ningún caso pretenden establecer normas de actuación ni definir estrategias para que los profesionales eviten posibles problemas jurídicos. En cualquier caso, los miembros del Grupo de Ética entienden que una práctica éticamente correcta es, dentro de la incertidumbre de nuestra profesión, una buena herramienta, no sólo para hacerlo mejor sino también para prevenir problemas jurídicos.

Diciembre 2013

LOS 4 PRINCIPIOS CLÁSICOS DE LA BIOÉTICA

Autonomía:

Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines personales y actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía disminuida tienen derecho a la protección.

Beneficencia:

"Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no cumplimiento no está penado legalmente.

Nonmaleficencia:

Es el "primum non nocere". No producir daño, y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades, no hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia:

Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

Si se da un conflicto de principios éticos, los de No- maleficencia y Justicia (de nivel público y obligatorio), están por encima de los de Beneficencia y Autonomía (considerados de nivel privado).

ÍNDICE

I. REAL COMO LA VIDA MISMA	5
II. IMPORTANCIA DE LA CUESTIÓN	7
1. Introducción	7
2. Motivos para abordar la prevención des de la ética.....	7
3. Contexto actual para nuestra reflexión	8
4. La importancia de la prevención y la Medicina de Familia	11
5. Concepto y comunicación del riesgo: Consideraciones prácticas.....	13
6. La iatrogenia de los Sistemas Sanitarios.....	15
III. MARCO DEONTOLÓGICO Y LEGAL	16
VI. PUNTOS CLAVE	38
VII. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXO 1. Tipos de actividades preventivas	41
ANEXO 2. ¿Qué debemos pedir, exigir a las actividades preventivas?.....	44
ANEXO 3. A propósito de un caso: La osteoporosis	48

Todos los programas de cribado ocasionan daños, algunos también pueden generar beneficios y, de éstos, sólo unos cuantos generan más beneficios que daños a un coste razonable.

Gray M, Patnick J, Blanks R

Maximising benefits and minimising harm of screening. *BMJ*.2008;336:480-3.

I. REAL COMO LA VIDA MISMA

- Carmen tiene 55 años: la conocemos desde hace 10. Viene porque su ginecólogo privado le ha realizado una densitometría y, con el diagnóstico de osteopenia le indica bifosfonatos y calcio de larga duración. Pide que se le añada este tratamiento al que ya sigue para la HTA. Se le dice a Carmen que la osteopenia no se debe tratar, que no es ni siquiera un factor de riesgo (que está muy documentado en las guías de práctica clínica) y se le explican los riesgos de los tratamientos con bifosfonatos. La mujer insiste en que quiere el tratamiento porque por alguna razón le ha indicado su ginecólogo de siempre (el que la atendió durante los partos de sus 3 hijos) y, además, porque ella ya conoce por experiencia familiar qué es eso de la osteoporosis: su madre tenía "los huesos de cristal" y terminó muy mal. *Un gran reto para los profesionales: iexplicarle que nuestro primer principio hacia ella es no hacerle daño con intervenciones que han demostrado que no la benefician!*

- María es convocada por el programa poblacional de detección precoz del cáncer de mama de su zona. Acude a la consulta para preguntarnos si debe ir o no a hacerse las mamografías.

Si la señora nos pregunta es una oportunidad para hablar de pros y contras de las mamografías de cribado, de decirle que no tiene obligación de hacerse las mamografías, y que con la información actualizada dispondrá de los elementos para tomar una decisión que podemos compartir si ella lo prefiere así.

- Fidel nos trae el informe de la revisión que le han hecho a la empresa para que lo anotemos en su historia clínica. En la analítica vemos que le han realizado el PSA, el paciente no sabía nada pero ya le parece bien y pide que se le haga anualmente, mucha gente le dice que a partir de los 50 años los hombres han de revisarse la próstata cada año.

El paciente tiene derecho a decidir, pero para decidir autónomamente necesita tener información. En este caso la persona defiende el PSA probablemente porque se basa en una información errónea sobre los beneficios de la prueba y nadie le ha hablado de los límites ni los perjuicios. Es un buen momento para fomentar una decisión compartida en base a una información más veraz que nosotros le debemos facilitar.

- Acude a la consulta Adelaida, tiene 40 años, está muy triste y llorosa y explica que hace un mes se le ha muerto su padre que vivía con ella. La médica le propone participar en unos grupos de atención al duelo que se hacen en el centro de atención primaria (intervención sobre los duelos normales).

Cómo ayudar al paciente a superar una pérdida y no poner en marcha actividades sobre las que no hay evidencia de que sean efectivas. Eso no quita que se pueda hacer seguimiento para vigilar cómo Adelaida va elaborando su duelo.

- Irene consulta si debe poner la vacuna del papiloma a su hija de 17 años que no ha tenido relaciones sexuales. Ha oído que tiene muchos efectos secundarios y, a pesar de la recomendación de las autoridades sanitarias, no lo ve claro. *¿Estamos los profesionales al día de los riesgos que representan para una persona*

individual esta y otras vacunas? ¿Cómo informamos del riesgo? ¿Podemos como profesionales individuales cuestionar las indicaciones de las autoridades sanitarias?

- Pablo tiene antecedentes de infarto de miocardio y cifras de LDL-colesterol superiores a 150 mg/dl y nos plantea que no quiere tomar las estatinas que nosotros le indicamos.

Como profesionales, cuando hay evidencia de que una medida es muy beneficiosa (como es el caso del uso de estatinas en prevención secundaria), ¿la ponemos en marcha sin informar ni preguntar a los pacientes? En este caso, ¿debemos tener en cuenta la autonomía del paciente para tomar la decisión?

II. IMPORTANCIA DE LA CUESTIÓN

1. Introducción

Está claro que las actividades de prevención introducidas a lo largo de los años, como la administración de vacunas efectivas, las medidas higiénicas en las intervenciones quirúrgicas para evitar las infecciones, la detección y tratamiento de contactos de enfermos infecciosos, y otras, han contribuido -y mucho- a la mejora de la salud de las personas. Pero durante los últimos años, se han hecho recomendaciones y se han puesto en práctica medidas "supuestamente preventivas" que son, por lo menos algunas de ellas, de dudosa eficiencia.

Este documento pretende fundamentalmente favorecer la reflexión de los profesionales de la salud, desde el punto de vista de la ética, respecto al tema de la prevención. Reflexionar sobre el riesgo de medicalización progresiva de la población, de los perjuicios que podemos provocar y, al mismo tiempo, de la inequidad que puede suponer desviar recursos, humanos y económicos a "atender" y "tratar" personas, que por su condición de sanas no deberíamos atender.

2. Motivos para abordar la prevención des de la ética

En prevención es fácil perjudicar innecesariamente al ciudadano sano (principio de no maleficencia). Hay quien dice que las actividades preventivas no hacen que los pacientes se encuentren mejor, pero sí que pueden hacer que se encuentren peor. Por otra parte, la prevención es un excelente recurso para la medicalización, que llega a conseguir que el ciudadano sano se comporte como enfermo. También a menudo se hace sin que el ciudadano dé su consentimiento válido, es decir, no se cumplen las condiciones de información, capacidad y voluntad (Principio de autonomía).

Hay que tener presente que podemos generar un enorme gasto inútil (Principio de justicia). Muchos de los principales éxitos de ventas en fármacos en nuestro país tienen indicación preventiva. En 2009 de los 5 primeros lugares en cuanto a gasto dos los ocuparon el grupo de las estatinas y los inhibidores de la bomba de protones, mayoritariamente prescritos en la prevención primaria cardiovascular y la "gastroprotección"¹.

Si limitamos la salud a lo que la medicina basada en pruebas nos indica, dejamos fuera otros factores como los determinantes sociales de la salud, que son más potentes que los individuales. Las intervenciones sobre las personas basadas sólo en el conocimiento que proporcionan las pruebas, aportan pocos resultados en la mejora de la salud de las poblaciones (principio de beneficencia)².

¹ Subgrupos ATC y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2009. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.2010.34 (3):89-92. Disponible a (consultado 20 de enero 2014)

https://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n3SubgrATCppiosActivos.pdf

² Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?. BMJ.2003;327:498-500.

Hay que tener en cuenta también el desperdicio del tiempo laboral de los profesionales en detrimento de actividades con más evidencia, en caso de actividades preventivas sin base científica clara (principio de justicia).

3. Contexto actual para nuestra reflexión

El papel de las autoridades sanitarias y las instituciones

- Además de actividades de probada eficacia también fomentan otras que, o bien no han demostrado eficacia o bien no han sido evaluadas, y que a pesar de todo se han mantenido año tras año, como el "Programa Salud y Escuela" o el programa del "Plan de calor"³.
- A veces, la actitud de las instituciones (OMS, Ministerio Sanidad) es contradictoria con respecto a la información que dan a la población, por ejemplo, cuando se produjo la pandemia de la gripe A^{4,5}.
- Pueden facilitar información confusa para la población en algunos casos, como la *existencia de calendarios vacunales diferentes entre comunidades autónomas*⁶ *del que se han hecho eco incluso los medios de comunicación*⁷.
- No hay que olvidar que las personas que componen los organismos oficiales están sometidas también a presiones comerciales y políticas.

Hay situaciones que plantean al profesional un conflicto entre la lealtad al paciente y al conjunto de la sociedad, y la lealtad a la autoridad sanitaria y a la empresa donde se trabaja. Un ejemplo sería la inclusión en el calendario vacunal de vacunas con evidencia insuficiente. Como profesionales debemos lealtad en primer lugar al paciente. Y por otro lado, tenemos un deber de cumplimiento de la norma legal vigente y de las recomendaciones de la empresa para la que trabajamos. Es por ello que precisamos de una actitud reflexiva y prudente cuando nos encontramos ante alguna de estas situaciones.

La industria farmacéutica y de productos sanitarios

Buena parte de sus ingresos dependen de los productos (fármacos, test diagnósticos, pruebas de imagen...) dirigidos a la prevención de enfermedades o factores de riesgo. De las farmacéuticas depende también la mayor parte de la investigación clínica que se realiza en todo el mundo, y por tanto, de la evidencia

3 Se encuentra referencia en: Fòrum de la Professiò Mèdica. Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic. http://www.comb.cat/cat/altres/forum/pdf/Primaria_4a.pdf

4 E-butlletí groc. Conflictos de interés, gripe y OMS. Fundació Institut Català de farmacologia.07/06/2010.Disponible en (consultado 20 de enero 2014) <http://w3.icf.uab.es/notibg/item/928>

5 Gervas, J. El fin de la pandemia de gripe A. Del error al olvidar, una política imprudente que no puede quedar impune. Equipo Cesca.2010. Disponible a (consultado 20 de enero 2014) <http://equipocesca.org/el-fin-de-la-pandemia-de-gripe-a-del-errar-al-olvidar-una-politica-imprudente-que-no-puede-quedar-impune-gervas-j-agosto-2010>

6 <http://www.vacunas.org/es/calendario-vacunacion/comunidades-espanolas>

7 <http://www.europapress.es/salud/noticia-cisns-sanidad-ccaa-trabajaran-fijar-calendario-vacunal-unico-2013-cartera-basica-servicios-20120229164529.html>

investigación clínica que se realiza en todo el mundo, y por tanto, de la evidencia disponible, la cual puede "ajustarse" de forma adecuada a sus intereses⁸. Además tienen un peso excesivo en la formación los profesionales de la salud ante la dejadez de la administración, la connivencia de los profesionales y de las sociedades que los representan, y los medios de comunicación^{9,10}. Las farmacéuticas obtienen más beneficios en fármacos destinados a la prevención en el mundo rico que el tratamiento de las enfermedades del mundo pobre.

Promueven la publicación en los medios de comunicación escritos y audiovisuales, de reportajes patrocinados por las mismas empresas privadas sobre "enfermedades" y tratamientos supuestamente eficaces, que generan "necesidades" a la población que los recibe (p. ej.: Osteoporosis, disfunción eréctil.).

Los cambios en las creencias colectivas referidos a la salud y la prevención

El enfoque actual de la prevención difunde la idea de que todo es prevenible, la medicina es todopoderosa y puede retrasar la enfermedad y la muerte indefinidamente. Esto hace difícil plantear el debate y las decisiones personales sobre los límites de la salud, sobre el final de la vida, sobre el encarnizamiento terapéutico, sobre cómo queremos envejecer y morir... Un punto crucial a señalar es que la prevención también selecciona la causa de muerte y la forma de morir: por ejemplo, la prevención cardiovascular en edades avanzadas puede favorecer otras causas de muerte provocando situaciones de mayor dependencia.

¿Estamos moralmente obligados a estar sanos? La adopción de hábitos saludables y el control de los factores de riesgo han dejado de ser simples recursos para prevenir la enfermedad y se han convertido en obligaciones incondicionales. Actualmente son imperativos que la persona puede cumplir con más o menos dedicación pero que parece que no tienen alternativa. No se puede argumentar en contra.

Las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables a menudo no son más que un eufemismo de "restricciones" y no pocas veces sin ninguna evidencia que lo sustente.

¿Estamos legalmente obligados a estar sanos?: La Constitución española no reconoce el derecho a la salud, sino el de la protección de la salud. Los mecanismos para hacer efectivo este derecho son de financiación pública. Se podría justificar que se dan las condiciones para que el derecho se convierta en un deber: debemos

8 Smith R. Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. PLoS Med. 2005;2:e138.doi:10.1371/journal.pmed.0020138 Disponible en (consultado 20 enero 2014) <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020138>

9 Angell M. La verdad sobre la industria farmacéutica. Cómo nos engañan y qué hacer al respecto. Barcelona: Norma;2004. Disponible en (consultado 20 enero 2014) <http://es.scribd.com/doc/17681222/la-verdad-acerca-de-la-industria-farmacaceutica-marcia-angell>

10 Forcades i Vila T. Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. Cuadernos CJ 141. Barcelona: Cristianismo y Justicia;2006. Disponible en (consultado 20 enero 2014) <http://www.cristianismeijusticia.net/es/los-crimenes-de-las-grandes-companias-farmacaceuticas>

"cuidar" para evitar enfermar y no provocar un mayor gasto público, el que no se cuida y adolece quizás debería hacerse cargo de los gastos... (o ser penalizado).

Estas medidas se han querido fundamentar en el hecho de que los recursos públicos son limitados y que la responsabilidad individual conlleva hacerse cargo de las consecuencias de las decisiones individuales.

Se pretende defender, con un mal uso del principio de justicia, un discurso culpabilizador de los pacientes. Este discurso no tiene en cuenta que la adopción de hábitos saludables reduce pero no anula la aparición de la enfermedad, y que el individuo debe tener una oportunidad renovada de cambiar de hábitos, y también olvida los condicionantes sociales los comportamientos relacionados con la salud (hay más fumadores en las clases bajas, por ejemplo) y comporta una cierta culpabilización de quien está enfermo, culpabilización que es la base ideológica que hace aceptables las políticas neoliberales que recortan los derechos en atención sanitaria.

La *desresponsabilización* de la persona en cuestiones de salud ha ocurrido en pocas generaciones y es un fenómeno complejo en el que la prevención tiene un papel relevante. Con el énfasis actual en la prevención, los factores de riesgo han sido ascendidos a factores causales de enfermedad, se determinan objetivamente mediante procedimientos tecnológicos muy sofisticados y, por tanto, no son directamente perceptibles para la persona. Dado que se pretende que la salud depende del control de estos factores de riesgo, que son objetivos, la percepción por parte de la persona de su propio organismo y de su mente no es necesaria para el cuidado de la salud. Es decir, el cuidado del propio cuerpo y de la propia mente hay que hacerla a partir de criterios externos, objetivos. El criterio personal queda excluido. Hay que tener en cuenta el empoderamiento para poner en contexto la falta de adherencia a los tratamientos y los cambios de hábitos que observamos a menudo en nuestros pacientes y que solemos explicar únicamente -y de manera injusta- a partir de la falta de responsabilidad individual.

Aspectos del contexto que favorecen el sentido de esta reflexión

La extensión entre la ciudadanía del uso de internet ha permitido desde hace tiempo el acceso a una cantidad ilimitada de información en muy poco tiempo. Recientemente han aparecido nuevas formas de usar la red que suelen agruparse bajo la denominación de Web 2.0 y que se basan en compartir información con la posibilidad de modificación de contenidos por parte del usuario y de trabajo en colaboración. Esto está en la base de las redes sociales y los blogs que tan importantes han sido en la creación de corrientes de opinión favorables a la reflexión, también en el campo de la prevención. Hay que estar atentos a los riesgos de superficialidad y de inmediatez que conlleva un recambio tan rápido de información.

La actual crisis económica que en nuestro país está desmantelando la sanidad pública, es además la ocasión adecuada para revisar los valores que sustentan las actuaciones de los profesionales sanitarios, gestores y ciudadanía, y de hacer más eficiente nuestro sistema sanitario. Hay iniciativas desde los colegios profesionales, como el " Foro de la Profesión Médica ", con propuestas para la sostenibilidad y

mejora del sistema sanitario público"¹¹ que, desgraciadamente en el momento de redactar este documento, no ha recibido ninguna consideración por parte de las autoridades sanitarias. Un éxito similar han tenido otras iniciativas realizadas desde sociedades profesionales de Salud Pública y desde varias plataformas como *Dempeus per la Sanitat Pública*¹², *Focap*¹³, etc .

Medicina basada en la evidencia (MBE) y ética¹⁴

La MBE ha dado forma y sistematizado las antiguas exigencias de rigor y de transparencia propias del método científico, para evaluar la eficacia de un tratamiento antes de someter la población a sus efectos. Esto la convierte en una herramienta imprescindible para obtener conocimiento fiable, y también lo es cuando el propósito es la prevención. Pero la generalización del método y una práctica a la vez poco reflexiva y a menudo con intereses vinculados a la industria, obligan a considerar una serie de malos usos de la MBE:

- La MBE es un procedimiento que nos asegura un determinado grado de corrección técnica en la valoración de las evidencias. De ahí a considerar que los resultados según la MBE no pueden ser cuestionados desde el punto de vista ético porque son objetivos, representa una nueva forma de falacia naturalista. La prevención cuaternaria ha enfocado con acierto este razonamiento erróneo.

- La MBE ha enfatizado los grandes ensayos y metanálisis, la validez interna y unas clasificaciones muy sencillas pero a menudo demasiado esquemáticas. Ello ha dejado fuera de juego la aplicabilidad en la práctica clínica, la validez externa y la magnitud del efecto, que hay que recuperar e integrar. Hay que tener presente otros factores del contexto del paciente como la edad, la situación clínica, el entorno familiar y social, la carga terapéutica¹⁵, la expectativa de vida

4. La importancia de la prevención y la Medicina de Familia

Evolución del enfoque preventivista de la atención primaria

Ya desde sus inicios la medicina de familia apostó por orientar la consulta de atención primaria a partir del criterio del profesional, priorizando actividades de prevención y promoción de la salud, además del motivo de consulta del paciente y las actividades curativas (véase los primeros capítulos y el de organización de la consulta en la primera edición publicada en 1986 del manual de A. Martín Zurro y

11 Fòrum de la Professiò Mèdica. Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic.

<http://www.comb.cat/cat/altres/forum/home.asp>

12 <http://dempeusperlasalut.wordpress.com/>

13 <http://focap.wordpress.com/>

14 Miguel García F, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. *Aten Primaria*.2009; 41:702–706

15 Carga terapéutica es la capacidad que cada paciente tiene de asumir fármacos, de manera que pudiéndose beneficiar de diferentes fármacos puede ser más importante escoger unos y no otros, asumiendo que no los tomará todos (principio de beneficencia)

JF.Cano¹⁶). Desde hace pocos años, a la vista de los excesos de la prevención, hemos empezado a hablar de prevención cuaternaria (Anexo 1) e incluso de que la prevención no forma parte esencial de la medicina de familia: *"Es esencial el trabajo armónico entre los niveles sanitarios y entre los Sectores Sociosanitarios, pero no deberían confundirse las funciones clínicas de la Atención Primaria con una actividad centrada en la Prevención.*

La Prevención no es una función de la Atención Primaria sino una actividad complementaria y necesaria para el cumplimiento de sus fines clínicos. El "giro a la Prevención" del sistema sanitario es absurdo si no se distribuyen claramente las Responsabilidades y papeles en lo que se refiere a pacientes y a poblaciones, y lleva inexorablemente al fracaso si conlleva la concepción de la Atención Primaria como atención centrada en la Prevención" (B. Starfield y J. Gérvas)¹⁷.

Por lo tanto en 25 años -menos de una generación- hemos pasado a mantener un punto de vista opuesto al inicial. Está claro que el cambio era necesario, pero este cambio cuestiona la especialidad de medicina de familia tal como la entendimos desde sus comienzos, y hace necesaria una reflexión.

Relación entre la Atención Primaria y la Salud Pública

Como hemos dicho, la Atención Primaria nació y creció asumiendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como valores fundamentales, y dando por hecho que se podían conseguir desde la consulta a partir del trabajo personal con el paciente. La colaboración con la Salud Pública ha sido prácticamente inexistente desde el comienzo. Esto ha contribuido a que los pacientes saturen nuestras consultas y las actividades preventivas nuestras agendas¹⁸.

A partir del reconocimiento de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como valores fundamentales también de la medicina, el informe *Hastings* sobre los fines de la medicina recomendaba intentar sumar esfuerzos entre dos campos del conocimiento que han trabajado de espaldas el uno del otro, cuando no en franca competencia¹⁹.

Lo que tenemos que pedir a los programas de cribado poblacionales puestos en

16 Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma SA; 1986

17 Starfield B, Gérvas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria?. *El Médico*.2009;1104.

18 Pasarín MI; Forcada C; Montaner I; et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*.2010;24(Supl.1) :23-7. Disponible en (consultado 20 enero 2014):

http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/36541/mod_page/content/7/M2C4_Pasar%C3%ADn_2010.pdf

19 Callahan D The Goals of Medicine: Setting new priorities. *Hastings Cent Rep*. 1996;26.

Hay traducción al castellano: Callahan D. Los Fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas;2004;cuaderno11. Disponible en (consultado 20 enero 2014) http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/colecciones_editada

marcha por la autoridad sanitaria está descrito con detalle y se puede consultar en el Anexo 2.

El modelo vigente de atención primaria ha favorecido la dependencia y la medicalización de la ciudadanía

Desde el principio la atención primaria adoptó como marco de trabajo el modelo biopsicosocial, y la vez preconizó la definición de Salud que la OMS propuso en 1948 y tantas veces repetida de "un estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"²⁰.

Aunque la Conferencia de Alma Ata en los años 70 ya se movió hacia otras coordenadas apelando a criterios de "responsabilidad" y diciendo "lo que cada país puede asumir", la interacción entre el modelo biopsicosocial y dicha definición de salud hizo mella. Esta interacción ahora vemos que favoreció la medicalización y la dependencia de nuestras poblaciones, pero entonces justificaba muy bien el enfoque preventivista: Si el bienestar debe ser completo, hay que evitar como sea que la enfermedad aparezca.

Acotar la crítica

Queremos remarcar que el propósito de esta crítica es poner de relieve y fundamentar mejor el cambio de actitud respecto a la prevención, y de ninguna manera desacreditar nada ni a nadie, ni renunciar al trabajo que todos hemos hecho. También hay que añadir que la crítica la podemos hacer ahora, con una mirada retrospectiva y a la vista de la situación actual (medicalización, falta de pruebas de eficacia) y que difícilmente se podía haber hecho antes.

Es cierto que las advertencias sobre las inconsistencias y los excesos de la medicina^{21,22}, y más específicamente de la prevención²³, vienen de lejos. La actitud en aquel momento, sin embargo, era esperanzadora y existía la creencia ampliamente compartida de que los beneficios se acabarían demostrando. La evolución no ha sido la que se esperaba y finalmente ha sido la preocupación por los perjuicios hacia el paciente, últimamente concretada en la prevención cuaternaria, lo que obliga a reconsiderar la prevención en conjunto.

5. Concepto y comunicación del riesgo: Consideraciones prácticas

Recordar y recordarnos que "El riesgo es parte de la vida. Si no hay riesgo, no hay vida"²⁴.

El concepto de riesgo que utilizamos los profesionales no sólo es difícil de transmitir, sino que es esencialmente diferente del que se usa en el lenguaje coloquial²⁵. Aunque los significados no son unívocos, en una primera aproximación

20 <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

21 Illich I. Némesis Médica. La expropiación de la salud. Barcelona:Barral;1975.

22 Szasz T. La teología de la medicina. Barcelona:Tusquets;1981.

23 Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona:Doyma;1992.

24 Berke JH. The right to be at risk. <http://human-nature.com/free-associations/risk.html>

25 Reventlow S, Hvas AC, Tulinius Ch. "Inreally great danger..." The concept of risk in general practice. Scand J Prim Health Care 2001;19:71-75.

podemos considerar que para los sanitarios riesgo es equivalente a probabilidad, para los no sanitarios riesgo es equivalente a peligro. Recordar que hablando de prevención los pacientes tienden a sobreestimar los beneficios ya subestimar los riesgos²⁶.

Debemos intentar hacer comprensibles los valores numéricos comparándolos con riesgos cotidianos²⁷. Utilizar presentaciones gráficas si creemos que pueden ser útiles para comunicarnos más eficazmente²⁸.

Hay que situar nuestras recomendaciones al paciente en el contexto de beneficios y perjuicios poblacionales. El salto a beneficios y perjuicios individuales no se puede hacer a partir de la información de los ensayos clínicos. Esta imposibilidad también hay que hacérsela entender al paciente, así como la posibilidad de que no saque un beneficio neto y sí algún perjuicio.

Hay que potenciar la decisión informada en las actividades preventivas de la consulta: no es defendible que sea necesaria la decisión informada en el caso de una persona enferma a la hora de tratarla y no en el caso de una persona sana a la vez de hacer prevención.

La decisión informada en nuestras actividades preventivas tiene inconvenientes de orden práctico:

-Hace más gravosa la aplicación de las actividades preventivas.

-Cuestiona el modelo de detección oportunista para los procedimientos basados en el cribado²⁹.

- Puede implicar perder los beneficios poblacionales que dan sentido al cribado³⁰.

En un intento de preservar la vez la autonomía del paciente y la efectividad de los cribados, se ha propuesto trabajar sólo con aquella parte de la ciudadanía que acepte una participación informada. Así, al conseguir que los ciudadanos que participaran lo hicieran convencidos y activos, y no de forma pasiva, aumentaría la efectividad de las intervenciones³¹.

25 Reventlow S, Hvas AC, Tulinius Ch. "Inreally great danger..." The concept of risk in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:71-75.

26 Segura-Benedicto, A. Inducción sanitaria de los cribados: Impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):88-95.

27 Aibar Remón C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. *Monografías Humanitas* 2004; 8: 43-57.

28 Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002;324:827-830.

29 Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.

30 Altisent R, Brotons C, González R et al. Ética de la actividad preventiva en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 740-750.

31 Marteau TM, Kinmonth AL. Screening for cardiovascular risk: public health imperative or matter for individual informed choice? *BMJ* 2002;325:78-80.

Conviene hacerse cargo de lo que el paciente prefiere y lo que quiere evitar, de lo que representa para él una hipotética enfermedad en el futuro, y todos los otros posibles condicionantes en la elección de aceptar o rechazar una medida dirigida a la prevención.

Por ello conviene una actitud deliberativa en el sentido utilizado por Emanuel y Emanuel³².

6. La iatrogenia de los Sistemas Sanitarios

Ya en el año 2000 Barbara Starfield³³ señalaba que en los EEUU se producían un total de 225.000 muertes/año atribuibles a iatrogenia provocada por las actuaciones del sistema sanitario, y que ello constituía la tercera causa de muerte en este país por detrás de las causas cardiovasculares y del cáncer.

En España los estudios ENEAS y APEAS realizados en 2005 y 2008^{34,35}, respectivamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo, informan de los efectos adversos provocados por el sistema sanitario en el hospital y la atención primaria (AP). El estudio ENEAS es un estudio de cohortes retrospectivo: 72.714 pacientes dados de alta durante una semana en 24 hospitales de España. El estudio APEAS es un estudio transversal-observacional de 96.047 pacientes atendidos en las consultas de AP de 48 EAP en 16 Comunidades Autónomas.

De estos estudios se puede concluir que:

En la atención hospitalaria la incidencia de efectos adversos (EA) ligados a la hospitalización fue del 8,4 % de los pacientes. El 45 % de los efectos adversos fueron leves y un 16 % fueron graves. Del total de pacientes con efectos adversos un 22,2% tuvieron que reingresar por esta causa. El 37 % de los efectos adversos estaban relacionados con la medicación, 25,3% con infecciones nosocomiales y un 25% con problemas durante procedimientos. El 42 % de los efectos adversos se consideraron evitables.

En la atención primaria la prevalencia de sucesos adversos fue de 18,63 por mil visitas. La prevalencia de pacientes con algún efecto adverso fue de 10 por mil. El

32 Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico paciente. A: Couceiro A. Bioética para clínicos. Editorial Triacastela. Madrid. 1999. p. 109-126. Versión en catalán en dos partes en *Annals de Medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*. Disponible en (consulta 20 enero 2014): http://www.acmcb.es/files/499-60-FITXER/sense_amnesia2.pdf, <http://www.acmcb.es/files/499-74-FITXER/sense3.pdf>

33 Starfield B. Is US health really the best in the world?. JAMA. 2000.284(4):483-5

34 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 en (consultado 21 octubre 2013): http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf

35 Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, Estudios e investigación 2008. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS. Disponible en (consultado 21 octubre 2013) http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.p

57 % de los EA fueron leves y un 7,3% graves. El 48% estuvieron relacionados con la medicación, el 26% con el cuidado, el 24% con la comunicación, el 13% con el diagnóstico, el 9% con la gestión y el 14% restante con otras causas. Se consideraron evitables el 70 % de los EA en general, y el 80 % de los EA graves en particular. El 5,8% de los pacientes con EA requirieron hospitalización.

Ante esta situación la actitud cuaternaria se convierte en un imperativo ético para todos/as los/las profesionales de AP (Anexo 1).

III. MARCO DEONTOLÓGICO Y LEGAL

MARCO LEGAL

Desde la Constitución de 1978 hasta la actualidad hay un compromiso social traducido en normativa legal que refleja un concepto de salud que trasciende la presencia de enfermedad. El reconocimiento de las actividades de prevención de la enfermedad y la de protección de la salud recorren el campo legislativo desde la misma Constitución hasta la ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

Las actividades de promoción y prevención se consideran una obligación para las profesiones sanitarias que nunca puede estar al margen de los conocimientos científicos de cada momento, exigiendo la práctica de las mismas con calidad y seguridad para el paciente.

Constitución Española de 1978 ³⁶

Art.43.1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

Art.43.2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ³⁷

Cap II Art.6. Las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente

Cap II Art.18. Las administraciones públicas, a través de sus servicios de salud desarrollaran las siguientes actuaciones:

36 Constitución española. Disponible en (consultado 21 octubre 2013): http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion_ES.pdf

37 Boletín Oficial del Estado 1986. Ley General de Sanidad. Disponible en (consultado 21 octubre 2013): <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
2. Atención integral de la salud incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadores, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad
3. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía, sobre los derechos de informació224.pdf. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 3303, del 11 de gener de 2001.³⁸

Artículo 2

Formulación y alcance del derecho a la información asistencial

1. En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, hay que respetar la voluntad de una persona de no ser informada.
2. La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, debe ser verídica, y se debe dar de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarle a tomar decisiones de una manera autónoma.
3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También deben asumir responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le aplican una técnica o un procedimiento concretos.

Artículo 6.1

El consentimiento informado

1. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido informada previamente. de acuerdo a lo que establece el artículo 2.

Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en relación a lo que establece el artificio. Barcelona 2002. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.³⁹

38 Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Disponible en (consultado 21 octubre 2013):

<http://www.parlament.cat/activitat/cataleg/TL%2012In.pdf>

39 Carta de Drets i Deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària. Disponible en (consultado 21 octubre 2013):

http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciutadania/Drets_i_deures/Normativa/enllasos/carta_drets_deures.pdf

6.4 Derecho a conocer los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, ya saber cómo se hacen efectivas.

6.5 Derecho a recibir las prestaciones preventivas dentro del marco de la consulta habitual. Los profesionales sanitarios son los que las deben proporcionar, junto con la información sobre las actividades a realizar y su finalidad, teniendo siempre en cuenta que las prácticas preventivas no comporten un riesgo adicional para la persona.

6.6 Derecho a rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan en situaciones que no comporten riesgos a terceros, sin perjuicio de lo que establezca la normativa de salud pública.

Cuando la persona a la que se proponen actuaciones preventivas en situaciones que no comporten riesgo para terceros las rechace, quedará constancia escrita de este rechazo a la historia clínica o, en su caso, en el documento correspondiente.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁴⁰

Art.4. Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitaria.

Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones y de los criterios de normo-praxis.

Art.5. Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establece en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables

MARCO DEONTOLÓGICO⁴¹

La deontología médica nos recuerda que la medicina tiene como finalidad la promoción y restablecimiento de la salud individual de las personas. La práctica de la medicina preventiva y la promoción de la salud se rigen por los mismos criterios de buena práctica asistencial con mención especial al cuidado que debemos tener en la utilización de procedimientos científicamente avalados y con experiencia personal de uso. La deontología médica nos conmina a ser especialmente cuidadosos en la obtención del consentimiento del paciente, una vez debidamente informado de los riesgos, en la práctica de la medicina preventiva, dado que en estos casos siempre estamos tratando de procurar un bien potencial pero no hay mal clínico manifiesto.

40 Boletín Oficial del Estado. Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en (consultado 21 octubre 2013): <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

41 Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de Deontologia. Disponible en (consultado 21 octubre 2013): http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf

Cap I Art.1. El médico debe tener presente que el objetivo del ejercicio de la medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas.

Cap I Art.2. Los médicos, que son uno de los principales agentes de la preservación de la salud, deben velar por la calidad y la eficiencia de la práctica médica, principal herramienta para la promoción, la defensa y el restablecimiento de la salud.

Cap V Art.45. El médico tiene el deber de emplear todos los medios adecuados a su alcance que crea indicados, dirigidos a preservar el derecho fundamental del ser humano a la protección de la salud y prestarle toda la asistencia necesaria para la conservación o recuperación de la salud. Debe asegurar también la profilaxis, y debe hacer valer sus criterios respecto a las normas individuales y colectivas de higiene y de prevención..

Cap V art. 47. El médico no empleará procedimientos ni prescribirá medicinas con las que no esté debidamente familiarizado y que no estén basadas en la evidencia científica o en la eficacia clínica, aunque el paciente consintiera.

Cap V Art.49. El médico debe extremar la información de los riesgos del acto médico y conseguir el libre consentimiento del paciente, cuando su finalidad, aunque persiguiendo un beneficio para el paciente, no sea la curación de una enfermedad.

Cap I Art.3. Como sea que la defensa y promoción de la salud suponen un campo de acción mucho más amplio que el puramente asistencial, los médicos no pueden considerarse ajenos a las situaciones sociales, los progresos técnicos y las condiciones de trabajo y ambientales que afectan a la vida de los ciudadanos, y deben aconsejar las acciones sanitarias más adecuadas.

Cap II Art.8. La primera lealtad del médico debe ser hacia la persona que atiende. La salud de ésta ha de anteponerse a toda otra conveniencia.

Cap II Art.22. El médico tiene el deber de dar al paciente la máxima información posible sobre su estado de salud, los pasos diagnósticos, las exploraciones complementarias y los tratamientos. La información debe ser dada de forma comprensible y prudente, y comprenderá también las medidas preventivas para evitar el contagio y la propagación de la enfermedad. También debe informar a la persona en caso de que sea objeto de investigación, experimentación o docencia.

Cap III Art.23. El médico debe informar a la persona que atiende del riesgo que pueden significar para su salud sus hábitos, el trabajo que desempeña, o tiene intención de ejercer, y el medio en que se desarrolla.

Cap X art.83. El médico no prestará los servicios profesionales en ninguna empresa o institución que no le permita respetar sus deberes éticos y deontológicos.

Cap X Art.85. El médico está obligado a velar por el buen nombre de la institución en la que trabaja, y a promover la mejora de su calidad. Las deficiencias que puedan existir debe ponerlas en conocimiento, en primer lugar, de la dirección de la institución y, si no son corregidas de las entidades médicas corporativas o autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.

IV. LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y LOS VALORES EN LOS DIFERENTES TIPOS DE PREVENCIÓN

Beneficencia

Hablar de beneficencia, de procurar lo bueno para el paciente, nos obliga a recordar una vez más que es la propia persona quien determina qué es bueno para ella. Sin embargo desde un punto de vista profesional el conjunto de la información que le llega a la ciudadanía es parcial, sesgada hacia la intervención agresiva y a menudo no suficientemente contrastada. Parecería que, también en la prevención, todo lo que se puede hacer, hay que hacerlo, guiados por la creencia - falsa - que se puede alcanzar el riesgo cero de enfermar aplicando medidas de prevención inocuas. La Salud Pública, según Fugelli, está inspirada por Nike con su "Just do it".⁴²

En la actuación sobre individuos que no han desarrollado la enfermedad, o que está en fase muy inicial y aún asintomática, es necesario que los beneficios netos de la actuación que nosotros proponemos sean muy claros.

La beneficencia depende de la definición de salud y los objetivos de la medicina. La definición de salud de la OMS citada abre la puerta a una medicalización desenfrenada, porque propone un objetivo inalcanzable. La definición propuesta en el informe Hastings "Los Fines de la Medicina" tiene otro tono y otro alcance: "entendemos por "salud" una experiencia de bienestar y de integridad de la mente y del cuerpo. La caracteriza una aceptable ausencia de malos significativos y, en consecuencia, la capacidad de una persona de conseguir sus fines vitales y de funcionar en contextos sociales y laborales ordinarios"⁴³.

Queremos destacar que según la definición de dicho informe, la salud sería compatible con el malestar, con los cambios de ciclo vital, pero también con todos los factores de riesgo (que como sabemos, tienen una tendencia imparable a asumir el estatus de enfermedad) y finalmente incluso con algunas enfermedades, siempre que permitan al individuo hacer todo lo que dice el enunciado. Muchas enfermedades en grado no severo serían formalmente enfermedades pero no colocarían el paciente como totalidad fuera del ámbito de la salud.

Los objetivos de la medicina deben ser, según el mismo informe Hastings:

- La prevención de las enfermedades y las lesiones; la promoción y el mantenimiento de la salud.
- El alivio del dolor y de los sufrimientos causados por las enfermedades.
- La atención y la curación de los enfermos: el cuidado que se puede dar a los enfermos incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

42 Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. Patient Educ Counselling. 2006;60:267-271.

43 Callahan D (Dir.) The Goals of medicine. Setting new priorities. Hastings Cent Rep. 1996 November-December. Special suppl. Hay traducción al castellano: Callahan D (Dir.) Los Fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2004: p 115. Disponible en (consultado enero 2014):

<http://www.fundaciogrifols.org/polymitalimages/public/fundacio/Publicacions/PDF/cuaderno11.pdf>

El mismo informe insiste -lo que nuevamente corresponde a este documento- que la prioridad entre los cuatro fines habrá que establecerla en función de las circunstancias, y que la prevención no puede reclamar el primer lugar, ni siquiera desde el punto de vista lógico, entre otras razones para que no parezca que se abandonan las personas enfermas.

El problema de determinar el beneficio individual: Determinar beneficios o perjuicios individuales a partir de datos poblacionales puede implicar una falacia, una argumentación defectuosa. Por lo tanto, estamos limitados a la hora de personalizar excesivamente la recomendación, y siempre habrá que referirse a la población. Dado que puede ser difícil transmitir la idea de beneficio poblacional, quizás sea mejor hablar de aumento o disminución del riesgo de que sufra, por ejemplo, un infarto, y hacerlo en comparación (a sus conciudadanos, a otros probabilidades cotidianas conocidas). Determinar el beneficio individual es, pues, una dificultad técnica que hay que resolver guiados por la lealtad hacia el paciente.

Supongamos que tenemos en la consulta un paciente al que intentamos informar de los pros y contras de tratar la dislipemia: No tenemos manera de determinar si será él uno de los que prolongará su vida por efecto de la intervención. El destinatario de la intervención es conocido pero el beneficiario y el perjudicado pueden ser dos personas diferentes: ¿Cuál de ellas será nuestro paciente? si finalmente muere de viejo tomándose la estatina cada día, ¿será gracias al medicamento o a pesar de él?

La dificultad para demostrar el beneficio de los cambios en los estilos de vida: Dado que el 80% de cánceres están relacionados con el tabaco, la alimentación y las conductas sexuales, ¿Hasta dónde hay que justificar los cambios en los estilos de vida "razonables", dado que hay pocos estudios de intervención? Para recomendar hacer ejercicio físico moderado, consumir alimentos frescos y lácteos y poca carne roja, ¿hay que esperar a los resultados de ensayos clínicos?

La falta de pruebas suficientes no quiere decir que por fuerza nos tengamos que abstener en el consejo. El hecho de que no haya estudios de intervención a favor de una dieta equilibrada no la hace tan poco recomendable como cualquier otra recomendación. La prudencia en este caso obliga a informar de lo que no debe hacerse, de las conductas alimenticias que pueden ser perjudiciales a pesar de las limitaciones en las pruebas y que por lo tanto es mejor evitar.

Hay que tener presente que si nos inhibimos, el lugar de nuestro consejo lo podrá ocupar cualquiera que quiera colocar su opinión, y que esta opinión puede estar basada en creencias, o simplemente ser perjudicial para el paciente. El poder que nos da el conocimiento debe ejercerse de manera razonable y en interés del paciente.

No maleficencia

La prevención se aplica a personas que no tienen la enfermedad o no se les ha detectado. Por tanto, hay que ser especialmente prudentes para no hacer daño con esta intervención. En este sentido, las decisiones poco fundamentadas en pruebas son *maleficientes* ya de entrada por el riesgo al que se somete a la persona. Y

además, hay que tener en cuenta que en muchos casos la persona tampoco habría desarrollado la enfermedad. Finalmente, en caso de un resultado adverso, la persona no habrá tenido tiempo de posicionarse frente a su enfermar, lo que sí podrá hacer la persona que tiene síntomas. .

La evolución del conocimiento médico hace que el límite entre beneficencia y no maleficencia sea borroso y que varíe con el tiempo.

La prevención ha desplazado la curación como principal instrumento para mantener el individuo sano. Además, el estado de riesgo cero lleva el camino de ser el único riesgo aceptable, hasta el punto de que el individuo podría identificarlo como único objetivo posible. Un ejemplo extremo de medicalización lo encontramos en la aplicación de los supuestos factores de riesgo en los EEUU, donde sólo 1/2000 adultos americanos tienen buena salud (99.95% no estarían sanos)⁴⁴.

Autonomía

La autonomía también tiene valor en la prevención: En la prevención secundaria se ha resaltado a menudo la paradoja de que solicitamos el consentimiento informado en el tratamiento de personas enfermas donde el beneficio individual es razonablemente cierto, y en cambio no lo solicitamos en la prevención aplicada a personas sanas donde el beneficio individual es incierto y los perjuicios son más frecuentes de lo que se cree.

Desde el punto de vista del paciente, si puede rechazar tratamientos curativos bien indicados, además podrá rechazar actividades de prevención ya que la enfermedad todavía no existe y el beneficio individual es incierto. En este sentido, hay que proporcionar al paciente información veraz ateniéndonos al valor de la lealtad. .

En el caso de la prevención primaria, las vacunas tienen problemas éticos específicos condicionados sobre todo por la importancia de la infección a tratar, y por el derecho individual a rechazar la vacunación. La limitación de este derecho desde el punto de vista ético en caso de que pudiera perjudicar a terceros, se expondrá más adelante. En cuanto a los cambios en los estilos de vida, como hemos dicho, los profesionales harán recomendaciones (que los pacientes también pueden rechazar) guiados más por la prudencia que por las pruebas. . En el caso de comportamientos adictivos como el tabaquismo, la autonomía puede suponerse limitada (el fumador suele tener dificultades, derivadas de la dependencia, para dejar de fumar), pero esta limitación, que siempre es parcial, hay que resolverla con la motivación y la persuasión más que con la imposición y la coacción. Por otra parte, considerar al individuo como único responsable de su adicción supone ignorar, por ejemplo, el papel de los condicionantes sociales de enfermar.

Las actuaciones de prevención terciaria las tenemos incorporadas a la práctica dirigida a tratar enfermedades y a menudo tenemos poco en consideración el principio de autonomía. Debemos continuar mejorando la participación del paciente

44 Bambs C, Kip AE, Dinga A et al. Low prevalence of “Ideal Cardiovascular Health” in a Community-Based Population. The Heart Strategies Concentrating on Risk Evaluation (Heart SCORE) Study. *Circulation* 2011; 123:850-857.

en las decisiones. La prevención cuaternaria, centrada como está en la no maleficencia parece haberse olvidado de la necesaria ponderación con los otros principios. Hay que ser críticos también con la prevención cuaternaria e incorporar la beneficencia y las creencias del paciente (autonomía). La decisión de retirar medicación, que se ha convertido fútil con el tiempo, o nuestra negativa a poner en marcha pruebas de cribado, por mucho que se base en pruebas, puede que tenga que aplicar a lo largo de un período de tiempo, considerando la idea de proceso.

Debemos informar bien al paciente para que pueda decidir según sus preferencias, pero teniendo en cuenta que podría haber un sesgo del profesional: Tenemos razones para suponer que no recomendamos a los pacientes el mismo que elegiríamos para nosotros mismos en una situación similar⁴⁵. Si esto fuera verdad, habría que revisar cuestiones como la lealtad hacia el paciente o de qué manera nos ponemos en el lugar del otro. El principio de autonomía del paciente puede tener también límites, cuando entra en contradicción con el conocimiento científico y con la equidad o incluso la justicia. Por ejemplo, cuando hay que abordar las demandas de hacer una analítica cada año en una persona que no la tiene recomendada, o de tomar inhibidores de la bomba de protones o estatinas cuando no están indicados.

Justicia

Existen diversas cuestiones importantes relativas al principio de justicia:

Todo lo que dejamos de hacer en la consulta: Dado que el tiempo en la consulta es un bien muy escaso, todo el tiempo que dedicamos a actividades preventivas con evidencia insuficiente debemos sustraerlo de lo que dedicamos a otras actividades asistenciales necesarias. Esta es una aplicación "fácil" del principio de justicia.

Un supuesto un poco más complicado es cuando dedicamos tiempo y esfuerzo individual a conseguir objetivos que sería más eficiente procurar con otros enfoques (con abordajes poblacionales, en colaboración con agencias alimentarias, de salud ambiental, etc.) o bien con otros dispositivos (servicios relacionados con medicina del trabajo, oficinas de farmacia, etc.).

Con una actuación poblacional quizá se puedan conseguir, por ejemplo, modificaciones de hábitos perjudiciales para la salud o mejoras en la alimentación de la población de manera más eficaz y más eficiente que la acción individual que se hace desde las consultas de atención primaria. Asimismo, la perspectiva poblacional es útil para conseguir programas de cribado más eficaces y con mejor cobertura y accesibilidad.

Las desigualdades sociales en salud: : Las entendemos como "aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos

45 Ubel PA, Angott AM, Zikmund-Fisher BJ. Physicians recommend different treatments for patients than they would choose for themselves. Arch Intern Med. 2011;171(7):630-634. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21482835>

sociales , económicos , demográficos o geográficos "⁴⁶ .

La posición en la escala social se relaciona de manera contundente, entre otros parámetros , con la esperanza de vida: En nuestro país , la diferencia entre el decil de población con renta más alta y el decil con renta más baja es de 10 años y en los EE.UU. es de 15 años⁴⁷ .

Algunas características a tener en cuenta en relación a la prevención y las desigualdades sociales en salud:

- Las desigualdades sociales tienen a menudo un impacto sobre la salud mayor que el de la mayoría de los factores de riesgo convencionales⁴⁸ .

- Sabemos que las desigualdades tienden a aumentar, ya que en condiciones favorables a la salud de las clases más acomodadas mejora más rápidamente que la salud de las menos acomodadas⁴⁹ . Hay que tenerlo en cuenta para evitar los efectos de la llamada " ley de cuidados inversos " (que sería mejor llamar " ley inversa de atención sanitaria ", es decir que quien menos necesita es quien más recibe)⁵⁰ . Aunque hay que advertir que la ley de cuidados inversos puede suponer una desventaja también para las clases altas, que pueden sufrir más medicalización y yatrogenia.

Hay un componente intrínseco en la desigualdad que la hace perjudicial para la salud . Esto hace insuficiente, además de poco eficiente, el abordaje únicamente médico de la enfermedad y de la muerte.

- La desigualdad tiene un sentido relacional, según las autoras de Las políticas para disminuir las Desigualdades en salud: " La desigualdad que se produce se define relacionalmente, en el sentido de que el mayor poder y el mejor acceso a los recursos por parte de las personas más privilegiadas está en relación con el menor poder y peor acceso de las más desfavorecidas".

- Este concepto de la desigualdad va más allá de lo que entendemos normalmente por pobreza: Resulta que ser pobre en un país rico es más perjudicial para la salud

46 Hernández-Aguado I, Santaolaya-Cesteros M, Campos-Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. . Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(S): 6-13.

47 Navarro V. Las pensiones son viables. VIEJO TOPO, Julio-Agosto 2009. Disponible en: (consultado 21-10-13) <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2009/07/las-pensiones-son-viables.pdf>

48 Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-473. Disponible en (consultado 21-10-13):

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext

49 Borrell C, Benach J. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS-fundació Jaume Bofill 2005. Disponible en: (consultado 21-10-2013)

<http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/414.pdf>.

50 Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. En: Retos a la justicia: Desigualdad social y conflictos ecológicos. Papeles de relaciones cosociales y cambio Global n 103, Otoño 2008. Disponible en: (consultado 21-10-13)

[http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad en salud .pdf](http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad%20en%20salud.pdf)

que ser aún más pobre pero en un país muy pobre, incluso en cuanto a la esperanza de vida. En este sentido, encontramos especialmente grave las medidas que aumentan las desigualdades en los países ricos, por ejemplo el real decreto - ley que restringe el acceso a la sanidad a los inmigrantes y a otros colectivos.⁵¹

- Hay pruebas de que reduciendo las desigualdades sociales, se reducen las desigualdades de salud.

A la vista de la importancia de las desigualdades de salud deberá reorientar el enfoque actual de la prevención, por un lado disminuyendo las expectativas ya que el impacto es limitado y, por otro, reorientando los recursos. En este aspecto, además de los recursos económicos habrá que reevaluar las actividades dirigidas de forma indiscriminada a toda la población para centrarlas en los colectivos con más dificultades de acceso a la atención sanitaria.

Por último, hay que recordar que hace pocos años se publicó un documento de análisis y un documento de propuestas para reducir las desigualdades de salud en España promovidos y editados por el Ministerio de Sanidad y Política Social⁵².

Las diferencias de género La medicina ha sido construida por hombres tomando el ser humano masculino como modelo y ha dado por hecho que las conclusiones eran directamente aplicables a las mujeres.

En los últimos años hemos sabido que las cosas no eran así. En el caso, por ejemplo, de la cardiopatía isquémica existen diferencias relevantes en la presentación clínica, el perfil e influencia del riesgo cardiovascular y el pronóstico respecto a los hombres y también en el abordaje, los intervalos de tiempo hasta la realización de pruebas diagnósticas, la aplicación de tratamientos farmacológicos e invasivos, etc., que hacen que a menudo resulten en perjuicio para las mujeres.⁵³

La prevención de la enfermedad en las mujeres se ha hecho siguiendo el mismo esquema, y no ha sido hasta hace pocos años que se ha establecido, por ejemplo, la falta de eficacia del tratamiento con estatinas para la prevención primaria en las

51 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

<http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

52 Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: (consultado 21-10-13) http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

53 Alonso J, Bueno H, Bardají A, et al. Influencia del sexo en la mortalidad y el manejo del síndrome coronario agudo en España. Rev Esp Cardiol Supl. 2008;8:8D-22D. <http://www.revespcardiol.org/es/influencia-del-sexo-mortalidad-el/articulo/13127254/>

mujeres⁵⁴, o los diferentes efectos de la antiagregación plaquetaria en la prevención de la enfermedad cardiovascular según el sexo⁵⁵, hechos que de momento han repercutido muy poco en las guías de práctica clínica.

Este ejemplo no es más que el primero de una lista más o menos larga de errores que perjudican a las mujeres, y pretende ser la alerta que nos lleve a revisar las recomendaciones sobre prevención teniendo en cuenta las diferencias referidas al hecho de ser hombre o mujer, sean estas diferencias biológicas, sociales, simbólicas o de otro tipo.

En el caso de la prevención es especialmente relevante el aspecto de la medicalización de la salud y de la vida de las mujeres. Cabe recordar entre otros, los frecuentes controles ginecológicos, la consideración de la menopausia como enfermedad, el asunto de la terapia hormonal sustitutiva, la polémica en torno a la osteoporosis, la vacunación contra el virus del papiloma humano, etc.

Los valores en la prevención⁵⁶

Prudencia: El manejo de información contrastada y el cuidado en poner en marcha procedimientos seguros minimizando los riesgos, son aspectos ineludibles cuando se hace prevención a la consulta. El discernimiento que aporta la prudencia es especialmente útil por ejemplo en cuestiones como la ampliación del calendario vacunal.

Lealtad: En el caso de la prevención, el intento de darle al paciente información veraz y comprensible sobre las ventajas y limitaciones de los procedimientos propuestos, puede ser especialmente difícil, como ya hemos visto. La veracidad de la información implica una actualización detallada de los conocimientos (prudencia, dedicación). Como los beneficios se plantean habitualmente a medio o largo plazo, conviene no empeñarse en querer dar la información y que el paciente tenga que tomar la decisión inmediatamente en una sola visita. Aplicar la idea de proceso a la transmisión de la información y a la deliberación que desemboca en una decisión revisable, puede favorecer tanto al profesional como al paciente.

Honradez: Hay que atender la posible interferencia de los intereses personales o de terceros en la selección de actividades preventivas y en su cumplimiento. La reflexión sobre nuestros conflictos de interés (por ejemplo el cumplimiento de los

54 Miguel-García, J. M. et al. La prevención de la enfermedad cardiovascular en las mujeres. Una valoración crítica. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 114: 1-10. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/05/la-prevencion-cardiovascular-segun-ceipc-una-valoracion-critica.pdf>

55 Berger JS, Roncaglioni MC, Avanzini F, et al. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Women and Men. A Sex-Specific Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JAMA*, January 18, 2006; 295: 2560-2568. Disponible en: (consultado 21-10-13) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=202217>

56 Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Ética de la Prevenció. Disponible en: (consultado 21-10-13) <http://compromis.camfic.cat/>

objetivos de la empresa, nuestra relación con la industria farmacéutica, etc.) nos permitirá discernir mejor lo que el paciente necesita y lo que le puede ser beneficioso.

Respeto: El derecho a decidir, una vez se ha trabajado con el paciente la información adecuada, representa también la aplicación del valor del respeto. Hay que evitar poner en marcha actividades preventivas que no tengan beneficios probados en cualquier paciente pero sobre todo en la población anciana.

V. CUESTIONES POLÉMICAS

Decisión de no vacunarse. Derechos individuales y colectivos en la decisión de no vacunar. Obligación o autonomía? El derecho y deber de vacunarse es individual? El riesgo para otros y los derechos individuales

En este tema el dilema ético se da entre el derecho individual a la libertad ya la autonomía y el beneficio en conjunto de una sociedad.

Es en esta situación donde puede darse de forma importante la paradoja de Rose, en la que una actividad sanitaria puede ser muy importante para una colectividad pero provocar un daño no despreciable a la persona. Por ejemplo, la vacuna del sarampión puede producir una encefalitis en un niño, pero es muy importante para la salud de la comunidad y de sus individuos. De hecho, las personas que se niegan a vacunarse pueden hacerlo con relativa seguridad porque la mayoría de la población está vacunada y esto las protege (pero esto sólo vale si son pocas las personas que no aceptan vacunarse y se mantiene una elevada cobertura poblacional).

En este sentido, las personas que deciden no ponerse vacunas de eficacia probada para la salud poblacional (poliomielitis, sarampión) se benefician de los riesgos que asumen los que se vacunan. Las cargas no se distribuyen equitativamente, lo que va en contra del principio de justicia.

Como profesionales sanitarios , tanto en el ámbito privado como en el ámbito público , deberíamos posicionar por el beneficio social , por las acciones que llevan un bien colectivo y este argumento a favor de la justicia y el principio de reciprocidad son los que debemos utilizar cuando un paciente nos pregunte qué hacer ante este tipo de vacunas . No podemos defender que unos pocos se aprovechen de la mayoría de la población asumiendo los beneficios sin asumir ningún riesgo.

Sin embargo, como médicos de este paciente individual nos plantea un dilema al hacer una recomendación a favor de la justicia y la reciprocidad. ¿No hemos dicho repetidamente que nuestro primer compromiso es con el paciente? ¿No estamos traicionando la confianza que el paciente deposita en nosotros al aconsejarle una acción con riesgo individual? El dilema existe pero abogamos por lograr un equilibrio entre la lealtad con el paciente individual y nuestra lealtad con el conjunto de nuestros pacientes y con todas las demás personas de la comunidad.

En este sentido las cargas y beneficios de un programa vacunal deben estar muy equilibradas a favor de un bien colectivo importante y demostrado, con pocos y asumibles daños individuales. Si esto no está bien indicado y la justificación no es

clara, las decisiones y libertades individuales pasan por delante de las recomendaciones.

Al mismo tiempo nuestra lealtad con el paciente nos obliga, aunque nos posicionemos por el beneficio social, a dar toda la información de que disponemos y esta información debe ser clara y honesta, tanto en los beneficios como en cuanto a los posibles riesgos. No obstante, cuando se niegan a vacunarse, hay que indagar los motivos de la negativa porque a menudo se basan en informaciones falsas o inapropiadas (El ejemplo de la relación fraudulenta del Wakefield⁵⁷ entre vacuna triple viral y autismo cuajó en mucha gente haciendo que muchos padres no vacunaran a sus hijos).

También, tanto la sociedad en su conjunto, como los profesionales sanitarios, estamos obligados a reconocer y asumir con mucho cuidado y responsabilidad un posible daño individual. Se debe garantizar igualmente que se asumirá el coste del daño individual plenamente, y no se abandonarán las personas y familias afectadas.

No tenemos claro si este tipo de vacunas deberían ser legalmente obligatorias o deberían iniciar intervenciones legales y coercitivas. Probablemente no hay que tomar este tipo de medidas en momentos en que no hay problemas de salud pública, pero estarían justificadas cuando se produce un brote epidémico y no haya otra alternativa que la persona o el grupo social considere mejor (por ejemplo, cuarentena). Un ejemplo es lo que ocurrió con el brote de sarampión que se produjo en Andalucía en el año 2011⁵⁸: en este caso se dio autorización judicial para realizar la vacunación forzosa de los niños no vacunados de la escuela donde se produjo el brote.

Una reflexión diferente se debe hacer en el caso de vacunas en las que tanto el beneficio como el riesgo son individuales (tétanos por ejemplo). En este caso, es la persona la que ejerciendo su autonomía (y asegurando que tiene toda la información que necesita para tomar una decisión), debe tomar la decisión que valore más adecuada.

No obstante, desde el sistema sanitario público entra también en juego la justicia ya que es la sociedad la que debe asumir los costes si la persona enfermara, pero en términos de contagio no se afecta a terceros (no hay maleficencia).

¿Qué hacer ante decisiones de la autoridad sanitaria que no tienen suficiente justificación científica? ¿Podemos los profesionales contradecir a la autoridad sanitaria? ¿Cómo compaginar la lealtad hacia el paciente y hacia la institución?

Las indicaciones de la autoridad sanitaria deben ser objeto de las mismas reflexiones éticas de cualquier otra actuación de salud pública. Las autoridades

57 Deer B. Secrets of the MMR scare. How the vaccine crisis was meant to make money.

BMJ. 2011; 342:c5258. Disponible en (consultado 21-10-2013): <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5258>

58 Luna Sánchez A, Rodríguez Benjumeda LM, Ortega Sanchez PC. Análisis de un brote de sarampión en una barriada de la provincia de Sevilla, España. Rev Esp Salud Pública 2013; 87(3):257-266.

sanitarias están éticamente obligadas a prácticas de buen gobierno y eso implica transparencia, independencia, no dejarse influir por los grupos de presión, etc.

Nuestra primera lealtad es siempre con el paciente al que debemos proteger del posible daño que una decisión imprudente puede provocar. En este sentido si las decisiones de las autoridades no son adecuadas, no están basadas en la evidencia, no son independientes y / o no son transparentes, como profesionales sanitarios tenemos la obligación ética y moral de cuestionarlas. Lo que pasó con la vacuna de la gripe A es un caso paradigmático de crítica de los profesionales a una decisión de las autoridades sanitarias⁵⁹.

No obstante, cuestionar las decisiones de las autoridades sanitarias conlleva daños (como mínimo crea desconfianza). Se precisa mucha prudencia. Aunque critiquemos las acciones preventivas poco justificadas, en ocasiones quizás deberemos optar por no ser activos en desaconsejar a la población. Lo que sí tendremos que dar es nuestra opinión de forma clara cuando alguien nos la solicite.

Eso sí, tenemos que ser muy proactivos con la propia administración y cuestionar sin desistir estas decisiones, que además afectan al principio de justicia (costes muy elevados, teniendo en cuenta que se recortan servicios), tal como se hizo con "gripecalma" durante la vacunación de la gripe A.

¿Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de vacunarnos?

Éticamente estamos obligados a adoptar determinadas medidas personales si éstas protegen a nuestros pacientes. En cambio, no hay ninguna discusión ética sobre nuestra obligación adoptar una medida que no esté técnicamente justificada.

Este es el caso de la vacuna de la gripe. Durante la tramitación de la " Ley General de Sanidad " se oyeron voces que planteaban la obligatoriedad de que los profesionales se vacunaran de la gripe. La iniciativa no prosperó pero con la epidemia de gripe A se puso de nuevo sobre la mesa, y algunos centros sanitarios coaccionaron a sus profesionales para que se vacunaran. Esto se repite cada año durante la campaña de la vacunación antigripal.

El argumento para aplicar esta medida es que los profesionales transmitimos el virus gripal a nuestros pacientes y podemos empeorar su salud. Esto no está demostrado y por tanto no hay discusión ética y los profesionales son libres de tomar una decisión individual que no afecta a la salud común o de un colectivo^{60,61}.

59 Gripe y calma: un grupo sanitario virtual ante la gripe A (2009-2010). Disponible en (consultado 21-10-2013): <http://gripecalma.wordpress.com>

60 Thomas RE, Jefferson T, Lasserton TJ Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. Cochrane Database Syst Rev. 2010;7:CD005187. doi: 10.1002/14651858.CD005187.pub3 Disponible en (consultado 28-1-2014): <http://summaries.cochrane.org/CD005187/influenza-vaccination-for-healthcare-workers-who-work-with-the-elderly>

61 Thomas RE, Jefferson T, Lasserton TJ. Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long term care institutions. Cochrane Database Syst Review 2013;7:CD005187. Disponible en (consultado 15-9-2013): <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005187.pub4/abstract>

Por el contrario, hay evidencia de que los profesionales de atención primaria transmitimos enfermedades a nuestros pacientes si no nos lavamos periódicamente las manos en las consultas. En este caso éticamente estamos obligados por el principio de no maleficencia a lavarnos las manos después de atender a un paciente, para el bien colectivo de nuestros pacientes es más importante que nuestra incomodidad, pereza o manía personal ⁶².

Los gestores, directores de empresas sanitarias etc. no tienen derecho a preguntarte si estás o no vacunado de la gripe, este es un dato confidencial. Sólo se podría plantear obviar la confidencialidad de los trabajadores sanitarios si hay evidencia demostrada del bien por los pacientes (principio de justicia y no maleficencia).

Las recomendaciones sobre estilos de vida. ¿Existen suficientes evidencias de beneficios en salud para recomendar a las personas cambios en sus hábitos? Si no las hay, que derecho tenemos de inmiscuirnos en sus vidas? ¿Las recomendaciones se acompañan de una valoración de que es posible y adecuado para la persona modificar la conducta y poner en marcha los cambios?

Recomendar cambios de conductas a las personas no es nunca una actividad inocua, puede ser beneficiosa o iatrogénica. Siempre supone una interferencia en la vida de la persona decirle lo que tienen que hacer desde la autoridad que nos da la posición de médico. Hay pocas evidencias en el beneficio de los estilos de vida sobre la salud, es por eso que tenemos la obligación de ser honrados y reconocer la ignorancia de la ciencia (y la nuestra) en muchos de estos temas.

Cuando hay evidencia, como por ejemplo al dejar de fumar, nuestro consejo debe ser claro recomendando a nuestros pacientes el cambio de conducta. Ahora bien, además de la evidencia debemos valorar la potencial beneficencia y la oportunidad de nuestro consejo en el paciente particular que tenemos delante, y siempre respetar la autonomía de la persona para decidir cambiar o no.

Así por ejemplo no es oportuno hacer un consejo de abandono del hábito tabáquico en un paciente esquizofrénico que está en brote. Un consejo proactivo en un momento emocional inadecuado del paciente puede ser como mínimo fútil.

Cuando no hay evidencia o ésta es muy débil, debemos actuar con prudencia y sensatez, y transmitir siempre la incertidumbre en que nos movemos (podemos poner ejemplos como el consejo de no comer pescado azul en personas con colesterol elevado que dábamos a los nuestros pacientes hace unos años). ¡Hay demasiados consejos inútiles que alteran la vida de las personas!

Cuando el consejo parece razonable, hay mucha cultura médica que lo avala - a pesar de la falta de evidencia -y no hay riesgo de dañar (por ejemplo: hacer ejercicio) podemos transmitir esta recomendación sensata siempre de forma prudente y transmitiendo también la incertidumbre. Es decir, cuantas menos pruebas tenemos del beneficio de una recomendación más abierta y dialogante debe ser nuestra actitud y nuestro consejo.

62 Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Disponible en (consultado 13 octubre 2013): <http://www.who.int/patientsafety/es>

Muchas veces tendemos a recomendar a personas de otras culturas cambios en conductas que están muy arraigadas en su cultura y sus valores cuando no se ha demostrado que nuestras conductas y valores sean mejores. Frecuentemente hacemos recomendaciones basadas en nuestras creencias y valores y en el que nosotros haríamos, dando una impresión de aspecto científico demostrado.

Por ejemplo, en alguna de las culturas de los recién llegados a Cataluña mantienen a su hijo pequeño en la cama de la pareja hasta que el niño es bastante grande o lo sustituye un recién nacido. No es infrecuente que algunos profesionales aconsejen que antes del año han de sacar al niño de la cama sin que haya evidencia de que una cosa sea mejor que otra en estos casos podemos ser maleficientes y no estamos respetando la autonomía de las personas. Es importante tratar estos temas con mucha serenidad, ser muy prudentes y la mayoría de veces mejor no meterse en ellos, y sobre todo nunca juzgar estas prácticas como malas o perjudiciales.

Evidentemente esta reflexión no afecta a aspectos culturales que claramente atentan contra los derechos humanos (como sería el caso, por ejemplo, de la ablación de clítoris); en estos casos, la prevención es fundamental para evitar que se lleven a cabo estas prácticas tradicionales.

Los programas preventivos sin evidencia (“Pla de calor” y otros). ¿Qué hacer?

Si los programas son fútiles⁶³ por sí mismos son maleficientes porque medicalizan la vida de las personas sin beneficiarlas, las infantilizan y las hacen dependientes de los sistemas sanitarios. XXXXXXX. Además es una manera de malgastar recursos públicos (principio de justicia).

El Plan de calor es un ejemplo de programa fútil que además es muy poco respetuoso con las personas que, si son competentes, son bastante sensatas para saber que cuando hace calor se debe beber y hay que protegerse. ¿Qué hacer en estos casos?: No hacer el programa, devolver materiales, hacer informes para el Departamento de Salud pidiendo la supresión de los citados programas en base a la maleficencia y el principio de justicia

La prevención basada en pruebas: ¿todo lo que se puede hacer en actividades preventivas basadas en pruebas debe hacerse? y ¿Debe hacerse en este paciente? ¿Quién debe tomar la decisión? ¿Cómo tenemos que informar?

Está claro que para indicar una actividad de cribado es imperativo que con el resultado de la prueba se pueda hacer algo. Es decir, como primera premisa la detección precoz debe comportar un beneficio para el paciente y por lo tanto , no haremos cribados ni pruebas , si no se puede hacer nada para cambiar la historia natural de lo detectado o no es momento para hacer actuaciones (Ejemplo

63 Fútil: “de ninguna importancia, algo de lo que no vale la pena ocuparse. Que se ocupa de cosas que no valen la pena” (Diccionari de la llengua catalana. Fundació Enciclopèdia Catalana; Barcelona, 1982). “...la futilidad hace referencia al intento de conseguir una cosa cuando las posibilidades de alcanzar el éxito son más que improbables. Se trata de hacer una cosa con herramientas inapropiadas. Nunca puede tener éxito”. Abizanda R. Ètica i decisions a la pràctica assistencial. La perspectiva de l’especialista en medicina intensiva. Dissetè congrés de metges i biòlegs de llengua catalana Fundació Alsina i Bofill (ed.) València, 2004 Llibre de Ponències: 235–244.

densitometría a los 50 años cuando el tratamiento de la osteoporosis no está indicado antes de los 65 años, cribado de la demencia cuando no hay tratamiento efectivo). Si es una demanda del/la paciente debemos ejercer la ética de la negativa⁶⁴ y explicarle nuestra obligación de no hacerle daño. En este caso la confianza, la relación con los pacientes y las habilidades de informar y comunicar son nuestras fortalezas para negarnos a hacerle daño.

Pero, incluso en los casos en que se pueden realizar actuaciones sobre el resultado, las evidencias sobre el beneficio individual de los cribados, y más de los cribados poblacionales, son cada vez más débiles y adquieren más fuerza las consecuencias que la prevención basada en pruebas tiene sobre el sobrediagnóstico y el sobretratamiento (ejemplo: cáncer de mama, próstata y colon). En estos casos debemos ser muy prudentes y poner en valor la ética de la ignorancia compartiendo con los/las pacientes lo que la ciencia médica desconoce y los límites de la medicina⁶⁵

Los pacientes deben ser informados de los beneficios y riesgos del cribado y, de una manera compartida con su profesional de referencia, deben tomar la decisión.

Esto sitúa al profesional ante un gran compromiso ya que debemos estar muy informados de la evidencia disponible (muy cambiante en estos temas), y debemos tener muchas habilidades para saber comunicar el riesgo de hacer y de no hacer la prueba y poder tomar una decisión bien informada. ¡Todo un reto!

Si la razón beneficio / riesgo del cribado es desfavorable porque los beneficios no se conocen y el riesgo son importantes o no se conocen, debemos recordar que nuestra primera lealtad es siempre con el paciente, que pasa delante de la lealtad con la administración y debemos informar de este hecho.

Sin embargo, nuevamente, y tal como decíamos en el apartado de ¿Qué hacer ante decisiones cuestionables de la autoridad sanitaria?, el contexto nos impone prudencia (y serenidad), y también un conflicto ético (con la obligatoriedad de ser honrados con todos nuestros pacientes). El cribado del cáncer de mama está socialmente muy aceptado y muy poco cuestionado y las incertidumbres científicas (a favor y en contra) aún no están totalmente resueltas. Seguramente no se

64 “La ética de la negativa consiste en frenar amable y contundentemente las demandas descontroladas y ofrecer alternativas prudentes y científicas. Mediante información clara y comprensible se trata de hacer entender al paciente el principio de no maleficencia que hay detrás de una negativa. Debemos considerar que la negativa es una laguna histórica, cultural, de los médicos de primaria” Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Disponible en (consultado 21 octubre 2013): <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>

65 Ética de la ignorancia: compartir con los pacientes los límites de la Medicina en los conocimientos preventivos actuales. Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Disponible en (consultado 21 octubre 2013): <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>

informa suficientemente a las mujeres de los pros y los contras del cribado del cáncer de mama, para favorecer que puedan decidir de una forma más autónoma y razonada si quieren entrar. O quizás sólo lo hacemos en aquellas mujeres que nos piden consejo, cuando deberíamos hacerlo en todas.

En el caso del cáncer de próstata, donde no hay un programa poblacional, ni un posicionamiento a favor de la autoridad sanitaria y donde las evidencias científicas son cada vez más claras en contra del cribado, nuestra actitud debe ser más proactiva y la información de los riesgos y beneficios de determinar el PSA debe ser más general, y debemos informar a la población general y sobre todo a nuestros pacientes cuando nos piden que le hagamos el PSA.

Estas dos situaciones ponen de manifiesto que la actuación y aplicación de los principios éticos depende mucho del contexto en el que ejercemos nuestra profesión en cada momento, y que los valores de serenidad y prudencia nos permiten tomar decisiones ponderadas en cada circunstancia concreta.

La prudencia en el etiquetado de factores de riesgo (como hipertensión arterial o dislipemia). El diagnóstico como una cascada. El efecto etiqueta. La transformación del riesgo en enfermedad. El sobrediagnóstico y sobretratamiento. *Primum non nocere* y prevención cuaternaria.

La etiqueta diagnóstica es la que inicia la cascada de actuaciones médicas, por lo tanto antes de poner una etiqueta pensémoslo muy bien. Sobre todo cuando hablamos de factores de riesgo y no de enfermedades, es importante ser muy prudentes, limitar los esfuerzos diagnósticos y no caer en la búsqueda heroica de una etiqueta. Consideremos cada persona en su conjunto y única con sus circunstancias. En estos casos que debemos poner en práctica la reflexión y el escepticismo crítico y ser muy prudentes.

¿Por qué etiquetamos factores de riesgo sobre los que no deberíamos actuar? (Por ejemplo: dislipemia en población sana y en población mayor). Como ya hemos dicho para los cribados, si la consecuencia de una acción es no hacer nada por qué hacerla? Si no haremos prevención primaria en el tratamiento de la dislipemia en la mayoría de personas sanas o no haremos tratamiento farmacológico de esta en pacientes mayores, por qué hacer determinaciones de lípidos? Y, sobre todo, ¿por qué ponemos la etiqueta en la historia clínica de estos pacientes? El efecto etiqueta es un bache para los pacientes y para sí misma es maleficiente: convierte en enfermas a personas sanas, medicaliza, atemoriza, genera hipocondría, etc. A pesar de la presión de nuestra comunidad científica y también de la población debemos intentar proteger a nuestros pacientes de los efectos nocivos de estas actuaciones siendo muy prudentes en nuestras decisiones, evitando etiquetas que no son útiles, no cediendo a las presiones del entorno y relativizando las recomendaciones de las guías y de los objetivos.

La ética en la prevención de la polimedicación (prevención terciaria) prudencia

Hay suficiente evidencia de que la polimedicación es una fuente más de enfermedad y de peor pronóstico. Por este motivo y, sobre todo, en personas mayores que habitualmente es la más polimedizadas, debemos preguntarnos:

¿realmente esa persona necesita todos los fármacos?, o ¿hay algún fármaco prescindible? , ¿Cuál es el objetivo de salud a alcanzar en esta persona? (ejemplo: ¿cuál es el objetivo de control de la diabetes mellitus en una persona mayor de 75 años?).

La polimedicación es una fuente de maleficencia, por tanto, y más en personas mayores. Éticamente y por seguridad del paciente hay que plantearse la deprescripción, teniendo en cuenta la edad, su esperanza de vida y todas las demás circunstancias del paciente.

Pero también en gente joven debemos prevenir la poli medicación. La polimedicación no se genera de un día para otro, sino que se va generando poco a poco a base de ir añadiendo fármacos. Es por eso que debemos ser muy prudentes cada vez que a una persona le añadimos un medicamento crónico y recordar que no hay fármacos para toda la vida.

Debemos tener en cuenta que no todo lo que se muestra eficaz en los ensayos clínicos, se debe hacer. Se debe considerar también la **carga terapéutica** que es la capacidad que cada paciente tiene para asumir fármacos, por lo que pueden beneficiarse de diferentes fármacos puede ser más importante elegir unos y no otros, asumiendo que no los tomará todos (principio de beneficencia).

¿Debemos hacer procedimientos de prevención terciaria a personas que no modifican los hábitos de vida causantes, o que empeoran sus enfermedades? La negación a seguir las recomendaciones. El peligro de la inequidad y la ley de curas inversas

¿El sistema sanitario debe asumir la revascularización en un paciente con cardiopatía isquémica fumador que no está dispuesto a dejar de fumar? ¿Hay que hacer un trasplante de hígado si el paciente continúa consumiendo alcohol? ¿Podemos decirle a un paciente con EPOC que si no deja el tabaco no es necesario que continúe viniendo a nuestras visitas? Y a un paciente diabético que no hace la dieta, ¿podemos dejar de citarlo a controles?

A menudo las personas no pueden decidir libremente sobre sus hábitos, están muy condicionadas por el entorno social que les ha tocado vivir. Los estilos de vida están influenciados por aspectos relacionados con el estatus social y económico. Y aunque no podemos atribuir a estos condicionantes toda la responsabilidad de los hábitos de salud, sí que debemos reconocer que tienen mucha influencia. Detrás de unos hábitos no saludables muchas veces existe un problema de dependencia o unas condiciones de vida duras. Además, debemos asumir que todo el mundo puede cambiar, si no ahora, en un futuro.

Tenemos pues el deber de no abandonar a ninguna persona independientemente de su conducta, y por otro lado la equidad y la justicia nos dice que debemos dar más a quien más lo necesita y no caer en la ley de cuidados inversos. Por todos estos motivos, si técnicamente se puede hacer la intervención y los beneficios para la persona son demostrables, aunque continúe con la conducta de riesgo, no podemos ni excluir ni castigar a la persona, y se debe hacer la atención y las intervenciones de la misma manera que en cualquier otra.

La prevención cuaternaria propiamente dicha: etiquetando el malestar y el sufrimiento vital. La invención de enfermedades. El efecto etiqueta. Las quejas psicológicas y la prevención cuaternaria

La prevención cuaternaria resulta fundamental en cualquier ámbito, pero quizá especialmente en el de la salud mental. Es importante evitar la medicalización de procesos psicológicos que no constituyen enfermedad, así como el exceso de actuaciones del sistema sanitario en pacientes psiquiátricos. El uso de neurolépticos en ancianos, la medicalización del duelo o el fomento de la dependencia en pacientes con patología mental, en vez de su autonomía, son algunos ejemplos de actuaciones a obviar.

Continuamente nos bombardean con el hecho de que la atención primaria infradiagnosticamos la patología mental. Pero, de lo que se trata es de evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento de los problemas - malestares psicosociales que no son estrictamente patológicos . Incluso es básico relativizar cuadros que podrían entrar en alguna etiqueta del DSM -IV cuando son leves , dado que la etiqueta no aportará beneficios para el paciente , más bien al contrario , introducirá iatrogenia en la medida en que medicaliza , desresponsabiliza , infantiliza , y saca autonomía y recursos personales .

Parece claro que actuar sobre la normalidad desde el sistema sanitario hace daño (ejemplo: con la evidencia de que disponemos, actuar sobre el duelo normal con terapias regladas - terapias de grupo, terapias psicológicas... - a la atención especializada retrasa la elaboración del duelo)^{66,67} .

No obstante estas demandas llegan a nuestras consultas. ¿Qué hacer? ¿Cómo actuar para no ser maleficientes? Con prudencia y serenidad, sin precipitarnos y sin poner rápidamente una etiqueta. Aprender a retornar y trabajar con el paciente la normalidad de lo que le pasa. Explicarle que lo que le pasa es normal, que no indica patología, que lo más probable es que se resuelva sin necesidad de fármacos, es nuestra responsabilidad para evitar la maleficencia.

Sin embargo como médicos de AP debemos acoger las quejas y el sufrimiento, y acompañar los procesos (a pesar de su normalidad) para ver su evolución.

La edad del paciente y la valoración de su esperanza de vida, ¿cómo influyen en las actuaciones y recomendaciones preventivas? ¿Debemos actuar igual en personas jóvenes que en personas mayores?

En cada edad o situación hay que seleccionar el tipo de prevención adecuada. El objetivo de los tratamientos y recomendaciones en ancianos son diferentes que en gente joven. La esperanza de vida de una persona marca unos objetivos diferentes. ¿Qué debemos prevenir en una persona de 90 años? ¿Debemos decirle a una

66 Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Yatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Publica. 2011. 85(6):513-25.

67 Neimeyer R. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. Death Studis. 2000;24:541-58.

persona de 80 años que debe dejar de fumar? Si siempre debemos ser prudentes en las recomendaciones preventivas, en las personas mayores tenemos que ser mucho más prudentes, porque los beneficios de la prevención en estas edades son

mucho más cuestionables y las evidencias mucho más débiles, ya que es una población que a menudo no se incluye en los ensayos clínicos. En personas de edad avanzada es probable que tengamos que incidir más en medidas para evitar caídas, la malnutrición, o el estreñimiento y menos en el tabaco o el colesterol.

La medicina genómica y la medicina personalizada. El saber antes de tiempo ¿será beneficiante? ¿Y maleficiente? Las actuaciones preventivas en personas con cambios genéticos.

La medicina personalizada y los estudios genéticos son ya una realidad y nos ofrecen conocer nuestro futuro en términos de salud. No obstante, debemos considerar que estos temas están en pañales, que la evidencia científica es muy débil, y que por el momento el futuro no es controlable. La poca consistencia científica de la medicina genómica ha hecho que autores como Vicente Ortún hayan acuñado el término "genomancia", término con el que trata de remarcar que la medicina genómica es un acto adivinatorio del futuro casi en la línea de la quiromancia^{68,69}.

Cabe recordar aquí que en cambio hay muchas evidencias que lo que más predice el futuro de nuestra salud y nuestra esperanza de vida es la clase social y que, como dicen muchos expertos, "es más importante el código postal que el código genético"⁷⁰.

La genética es incierta y en general sólo se mueve en el terreno de qué probabilidad tenemos de desarrollar una enfermedad en un futuro. E incluso en el terreno de la probabilidad también sus predicciones son débiles. Así, tener el gen de la fibrosis quística o de la esquizofrenia no da información sobre cuál es la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

El riesgo de que las personas con cambios genéticos asociados a una mayor probabilidad de padecer una enfermedad sean consideradas como pacientes y se les propongan actuaciones en función de esta probabilidad es ya una realidad. Lo que se hace es transformar un riesgo incierto en muchos casos, en enfermedad y este hecho puede ser maleficiente. Sin embargo puede ser maleficiente conocer las cosas antes de que sucedan, sobre todo si no podemos hacer nada para cambiar el curso y la historia natural de la probable enfermedad (ejemplo de la enfermedad de Alzheimer)

68 Gervas J. Dice que predice, pero solo lucro produce. Genomancia es, que no genética. El Mirador, Acta sanitaria. 04/06/2012. Disponible en (consultado 25 octubre 2013): <http://www.bolinf.es/wp/archives/44877>

69 Ortún Rubio V. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare Communications Ibérica SL; 2011.

70 Health Care's Blind Side. The overlooked connection between social needs and good health. Robert Wood Johnson Foundation. 2011. Disponible en (consultado 28 gener 2014): http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/surveys_and_polls/2011/rwjf7179

Entonces, ¿qué responder cuando un paciente nos pide consejo para hacerse una prueba para que un familiar tiene una enfermedad que puede ser genética? En primer lugar tenemos la obligación de informar a la persona y asegurar que entiende que si el estudio genético le sale positivo significa que tiene una probabilidad "x" de tener la enfermedad en un futuro no la seguridad de tenerla, que sabe qué se puede hacer para cambiar el posible riesgo, en definitiva que está suficientemente informada para tomar una decisión (autonomía). Además, deberíamos potenciar en el paciente la reflexión sobre los efectos que puede tener para su tranquilidad y su salud mental el hecho de conocer algo del futuro que no es seguro que pase, o que no se puede modificar (maleficencia).

A raíz del caso de una actriz estadounidense que se hizo mastectomía bilateral preventiva del cáncer de mama después de un estudio genético, se ha desencadenado un debate donde se ponen en juego muchos aspectos éticos. El primero es el hecho de que las pruebas genéticas tengan patente y que hacerse esta prueba tenga un coste que la hace asequible a unas personas y no a otras, aspecto que afecta el principio de justicia. Se debe pedir que el genoma sea un bien público, no sólo para la utilización clínica, sino también para la información y la investigación.

Además, cuando el resultado puede conllevar procedimientos tan agresivos y mutilantes como la mastectomía y ooforectomía bilaterales, debemos ser muy prudentes previamente a la determinación genética y en las decisiones posteriores, dado que todo ello puede ser muy maleficiente y iatrogénico. Las mujeres deben estar informadas de que de momento el fundamento científico es débil y se debería ofrecer la prueba sólo a las personas de muy alto riesgo. Las mujeres de alto riesgo familiar con genes BRCA mutados deben conocer todas las posibles alternativas para la reducción del riesgo tales como intensificar vigilancia, tratamiento con tamoxifeno... Se debe asegurar que las mujeres entienden bien los beneficios y riesgos de cada una de las alternativas. En este sentido las guías de recomendaciones como la elaborada por la NICE pueden ser muy útiles⁷¹ para que los médicos de familia puedan dar información y compartir las decisiones con los pacientes.

Ética en investigación sobre prevención. ¿Es importante la pertenencia en la investigación en prevención? ¿Forma parte de la ética devolver los resultados a la sociedad y a la población diana?

La investigación en prevención debe tener los mismos aspectos éticos que otras investigaciones. Debe ser relevante, válida científicamente, publicar los posibles conflictos de intereses, pasar por la revisión de un CEIC, etc. Para ampliar todos estos aspectos dirigimos al lector al documento " La ética en la investigación en atención primaria"⁷².

71 Familial breast cancer: summary of updated NICE guidance. BMJ 2013;346:f3829

72 L'Ètica en la Recerca en Atenció Primària. Grup d'Ètica de la CAMFIC. Disponible en (consultado 25 octubre 2013): http://manager.camfic.cat/uploads/items/ITEM_205_EBLOG_1843.pdf

En la investigación en prevención es especialmente importante:

La pertinencia de la investigación. No tenemos evidencias sobre los efectos de los estilos de vida en la salud y por el contrario hay búsqueda redundante de actividades preventivas con fármacos (ejemplo tratamientos farmacológicos de la osteoporosis). Es por este motivo que la pertinencia se convierte en un principio ético primordial en la investigación en prevención.

Publicar los resultados negativos ya que el sesgo de publicación produce una importante sobreestimación de la efectividad de las actividades preventivas y una infraestimación de sus efectos adversos.

Comunicar los resultados basados en el riesgo absoluto en lugar de riesgo relativo. El riesgo relativo impide extraer aplicabilidad y relevancia clínica. Por ejemplo, las fracturas en osteoporosis tratada versus no tratada. Riesgo relativo: el tratamiento reduce las fracturas el 50%, riesgo absoluto: con tratamiento se da 1 fractura de cada 100 personas y sin tratamiento 2 de cada 100 personas)

VI. PUNTOS CLAVE

Todas las actividades médicas, como las preventivas, pueden comportar beneficios y daños. Los daños de un programa preventivo son inmediatos, los beneficios tardan más tiempo en aparecer.

)} La actitud cuaternaria, en el sentido de evitar los daños provocados por la actividad médica excesiva e innecesaria, debe convertirse en una actividad fundamental tanto en el campo curativo, diagnóstico y terapéutico, como en el propio campo de la prevención.

)} La prevención se aplica a personas que no tienen la enfermedad o no se les ha detectado. Por tanto, hay que ser especialmente prudentes para no hacer daño con la intervención.

)} Las intervenciones preventivas deben tener una relación riesgo / beneficio muy claramente a favor del beneficio.

)} Las actividades preventivas pueden medicalizar a la población sana y esto ya es por sí mismo un daño. La posibilidad de convertir en enfermedad la normalidad es peligroso y maleficiente.

)} Los programas que han demostrado eficacia en una investigación deben ser efectivos cuando se ofrecen como servicio.

)} Todos los programas de cribado ocasionan daños, algunos también pueden generar beneficios.

)} La autonomía también se aplicará en las propuestas preventivas y se debe dar al paciente toda la información respecto a la prueba planteada, tanto de potenciales beneficios como de riesgos, y facilitar así la decisión informada.

)} Nuestra primera lealtad es con el paciente, incluso ante recomendaciones de la administración sanitaria.

)} Hay que ser aún más prudentes en la aplicación de medidas preventivas en personas con esperanza de vida corta.

)} La polimedición es una fuente más de enfermedad.

- ‖ Poner una etiqueta de factor de riesgo o enfermedad puede ser maleficiente porque puede desencadenar un cascada terapéutica.
- ‖ Tenemos la obligación de aplicarnos, como profesionales, medidas preventivas que sean útiles para no transmitir enfermedades a nuestros pacientes.
- ‖ Las desigualdades sociales tienen mayor impacto sobre la salud que la mayoría de los factores de riesgo convencionales.
- ‖ No es justo que dediquemos tiempo a actividades de prevención fútiles o peligrosas: se lo robamos a actividades de asistencia más útiles.
- ‖ No es justo dejar de vacunarse con vacunas de eficacia probada por el riesgo de los efectos secundarios, aprovechándose del efecto beneficioso de la vacunación de la mayor parte de la población.

VII. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Sé crítico, también, con la prevención: no siempre prevenir es mejor que curar.

- Explica a tus pacientes las ventajas y peligros de cualquier actividad preventiva. Promueve que ellos decidan.
- Sé prudente a la hora de adjudicar un factor de riesgo o un diagnóstico a una persona, puede ser maleficiente.
- Recomienda sólo actividades preventivas con un claro beneficio.
- Practica la prevención cuaternaria: piensa antes de recomendar una actividad, una vacuna, un tratamiento...
- Procura hacer comprensible a tus pacientes el riesgo (o la reducción del riesgo) de enfermar que utilizamos los médicos, comparándolo con riesgos cotidianos.
- Sé prudente a la hora de recomendar cambios de estilos de vida.
- Sé activo con tus compañeros en denunciar y discutir las decisiones poco razonables de la administración pública en prevención. Sé prudente en hablar con los pacientes

BIBLIOGRAFÍA

Starfield B, Gérvas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria?. *El Médico*. 2009.1104.

Jamouille M. Information et Informatisation en Médecine Générale. *Les Informaticiens: Presses Universitaires de Namur*; 1986:193-209.
http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm

Estudio ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

Losilla Domínguez M, Altisent Trota R. Ética de la prevención: ¿es mejor prevenir que curar?. *AMF*. 2010;6(9):498-504.

http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=88

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Ética y salud pública. Cuaderno 27 de la fundación Víctor Grífols i Lucas.2012. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

<http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/cuaderno27X.pdf>

Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502 doi:10.1136/bmj.e3502

Bretthauer M, Hoff G. Comparative effectiveness research in cancer screening programs. *BMJ* 2012;344:e2864 doi: 10,1136/bmj.e2864

Ortiz Lobo A. Iatrogenia y prevención cuaternaria en los trastornos mentales menores. En: Retolaza A. *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría;2009.

García-Valdecasas J, Vispe A. Mercaderes en el templo: hegemonía del paradigma bio-comercial en Psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011;31(110):321-41.

Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Publica*. 2011. 85(6):513-25.

Gray M, Patrick J, Blancks R. Maximising benefits and minimising harm of screening. *BMJ*.2008;336:480-3. <http://www.bmj.com/content/336/7642/480.short>

Gray M. New concepts in screening. *Br J Gen Practice*. 2004;54:292-8.

Woolf SH, Harris R. The harms of screening. New attention to an old concern. *JAMA*. 2012;307(6):565-6.

Gérvas J, Pérez Fernández M. *Sano y salvo*. Barcelona: Los Libros del Lince, 2013.

ANEXO 1. Tipos de actividades preventivas

Las actividades preventivas que se realizan tanto a nivel individual como poblacional se pueden clasificar en cuatro tipos:

La prevención primaria es aquella que trata de evitar el daño cuando aún no hay enfermedad. Aquí entrarían los consejos (por ejemplo: el consejo del médico de familia para dejar el tabaco) y las vacunas.

La prevención secundaria es la que trata de disminuir la mortalidad y / o mejorar la morbilidad y la calidad de vida diagnosticando y tratando precozmente las enfermedades. Este tipo de prevención engloba todos los cribados (cribado de cáncer de mama, de próstata, de colon..., cribado para diagnosticar diabetes , hipertensión ...) .

La prevención terciaria engloba las acciones que se llevan a cabo con personas enfermas o que han pasado una enfermedad para evitar reincidencias y mejorar su calidad de vida (tratamiento de la dislipemia en pacientes con cardiopatía isquémica , programa de rehabilitación en pacientes que han sufrido un infarto cerebral , evitar la polimedicación en ancianos, evitar los tratamientos con benzodiazepinas en ancianos ...) .

La prevención cuaternaria hace referencia a las actividades sanitarias que se ponen en marcha para evitar el daño que pueden provocar las intervenciones del sistema sanitario . Es una actividad preventiva que trata de evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento , y la medicalización , sobre todo cuando no hay enfermedad . A nivel de ética la prevención cuaternaria hace referencia básicamente al principio de no maleficencia y pone en valor el clásico " *primum non nocere* " . http://es.wikipedia.org/wiki/Prevencion_cuaternaria

Aunque la prevención cuaternaria se da básicamente cuando hay quejas pero no hay enfermedad (cuadrante inferior izquierdo de la figura 1) , y esto incluye también " los sanos preocupados" , una actitud cuaternaria se puede tener en cada uno de los cuadrantes , dado que en todos y cada uno de los cuadrantes se pueden atenuar o evitar las intervenciones excesivas o innecesarias del sistema sanitario.

Figura 1. Tipos de prevención teniendo en cuenta la visión del médico/a y la del/la paciente.

		VISIÓN DEL MÉDICO/A		TIPOS DE PREVENCIÓN
		ENFERMEDAD		
		Ausente	Presente	
VISIÓN DEL/LA PACIENTE	ENFERMAR	Ausente	<p>PREVENCIÓN PRIMARIA:</p> <p>Enfermedad y Enfermar ausentes (Consejos de estilo de vida y vacunas)</p>	<p>PREVENCIÓN SECUNDARIA:</p> <p>Enfermedad presente / Enfermar ausente (Cribados)</p>
	Presente	<p>PREVENCIÓN CUATERNARIA:</p> <p>Enfermedad ausente/ Enfermar presente (Incluye "sanos preocupados")</p>	<p>PREVENCIÓN TERCIARIA:</p> <p>Enfermedad y enfermar presentes (Evitar reincidencias)</p>	

Fuente: Jamouille M. *Information et Informatisation en Médecine Générale. Les Informa-g-iciens: Presses Universitaires de Namur; 1986:193-209.*
http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm

Entendida así, la prevención cuaternaria (actitud cuaternaria en el sentido amplio de evitar los daños provocados por la actividad médica, se convierte en una actividad fundamental tanto en el campo curativo, diagnóstico y terapéutico, como en el propio campo de la prevención⁷³. Hacer prevención cuaternaria implica reconocer que las actividades médicas están provocando mucha iatrogenia sobre todo en los países desarrollados, abandonar la arrogancia que muchas veces caracteriza a la profesión y sustituirlo por una verdadera actitud de humildad. En la tabla 1 se ponen algunos ejemplos de prevención cuaternaria en nuestras consultas.

73 Starfield B, Gérvas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria?. *El Médico*.2009.1104.

Taula 1. Ejemplos de actividades de prevención cuaternaria en las consultas de Atención Primaria

Cuando digo a una persona que inicia un duelo que estar triste es normal, que no tiene ninguna enfermedad y que no debe tomar fármacos, estoy haciendo prevención cuaternaria.

Cuando informo a un paciente que pide el PSA de los pros y contras de la detección precoz del cáncer de próstata, hago prevención cuaternaria.

Cuando evito los tratamientos hormonales en las mujeres menopáusicas, estoy haciendo prevención cuaternaria.

Cuando informo a los pacientes que no es necesario tratar la dislipemia en las personas sanas, hago prevención cuaternaria.

Cuando reviso toda la medicación que toma una persona mayor polimedicada para ver si toda es imprescindible, tengo una actitud cuaternaria

.....

ANEXO 2. ¿Qué debemos pedir, exigir a las actividades preventivas?

Each new intake of medical students to my surgical "firm" started off with a tutorial where I posed a rhetorical question: "Why do we screen for cancer?" To which the inevitable answer would be, "To catch it early, sir". Wrong. The question should be reframed, as "Does screening for cancer improve length or quality of life?"

All other outcomes are surrogates.

Baum M. Harms from breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included. BMJ 2013;346:f385 doi: 10.1136/bmj.f385

¿Qué debemos pedir a las actividades preventivas?^{74,75,76,77}

ROBUSTEZ CIENTÍFICA Y EVIDENCIAS MUY SÓLIDAS:

- Eficacia, efectividad, seguridad, eficiencia y equidad demostradas. Sobre todo en prevención primaria dado que actuamos sobre personas sanas.
- ¡Razón riesgo / beneficio muy favorable!

IMPACTO PARA LA SALUD INDIVIDUAL Y POBLACIONAL DEMOSTRADA

- Pertinente y clínicamente relevante

ACEPTABLE INDIVIDUAL Y SOCIALMENTE Y CON SOPORTE PROFESIONAL

QUE EXISTA UNA EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD

- De los falsos positivos y sobrediagnóstico y de los falsos negativos
- De los efectos secundarios de los fármacos, si procede, y de los procedimientos
- De los efectos para la persona individual en términos de ansiedad y estatus de persona con un riesgo y / o enfermedad (efecto de la etiqueta)
- De lo que significa en términos de medicalización de la población

QUE TENGA EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA:

- La intervención ¿es coste-efectiva para la mejora de la salud de la población?
- Los resultados esperados ¿justifican los costes? (no sólo en dinero sino en dedicación del sistema)
- ¿Qué se deja de hacer? ¿a qué población afecta lo que se hace y lo que se deja de hacer?

74 Manual de colaboración Cochrane sobre revisiones sistemáticas de intervenciones.

<http://www.cochrane-handbook.org>

75 Espallargas M, Pons J, Almazán C, et al. La evaluación de tecnologías sanitarias en intervenciones en salud pública: ¿más vale prevenir que curar?. Gac Sanit. 2011;25(supl 1):40-8.

76 Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(supl 1):205-15.

77 Betthaur M, Hoff G. Comparative effectiveness research in cancer screening programmes. BMJ. 2012;344:e2864. Doi:1.1136/bmj.e2864.

¿Qué debemos pedir a los programas de cribado?

Los criterios que debe tener una prueba de cribado fueron definidos por *Wilson y Jungner* en 1968⁷⁸ y se describen en la tabla 2. Estos criterios no valoraban suficientemente los daños producidos por los programas de cribado, no eran suficientemente claros en cuanto a la robustez de la evidencia requerida por los programas, ni el coste-oportunidad de los mismos. Por estos motivos en el año 2003 *the National Screening Committee* desarrolló un nuevo conjunto de criterios que se exponen en la Tabla 3⁷⁹.

Tabla 2. Criterios para evaluar los cribados, desarrollados per *Wilson i Jungner* en 1968

- La condición buscada debe ser un problema de salud importante. Debe haber tratamiento aceptado por los pacientes para aquella enfermedad.
- Deben estar disponibles medios diagnósticos y tratamientos.
- La condición debe tener una etapa latente reconocible o una etapa sintomática precoz.
- Es necesario disponer de una prueba o examen de cribado adecuado.
- La prueba debe ser aceptada por la población.
- La historia natural de la enfermedad incluyendo el desarrollo latente de la enfermedad declarada, debe entenderse adecuadamente.
- Debe haber una política consensuada de a quién hay que tratar como pacientes.
- El coste de la detección de casos (incluyendo el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes diagnosticados) debe ser económicamente equilibrado en relación al gasto sanitario global.
- La detección de casos debe ser un proyecto longitudinal y continuo, y no ocasional y transversal.

⁷⁸ Wilson JMC, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968

⁷⁹ Gray M. New concepts in screening. Br J Gen Pract.2004; 54:2928.

Tabla 3. Criterios para evaluar la viabilidad, la efectividad y la idoneidad de un programa de cribado elaborados per *The National Screening Committee* en el año 2003

La condición

1. La condición debe ser un problema de salud importante.
2. La epidemiología y la historia natural de la enfermedad, incluyendo el paso desde enfermedad latente a enfermedad declarada, deben estar adecuadamente conocidos y debe haber un factor de riesgo detectable, un marcador de enfermedad, un período de latencia o un estadio sintomático precoz de la enfermedad.
3. Todas las intervenciones coste-efectivas de prevención primaria deberían haber sido implementadas en la medida de lo posible.
4. Si los portadores de una mutación identifican como resultado del cribado, la historia natural de las personas con este estado se debe entender y tener en cuenta, incluyendo las implicaciones psicológicas.

El test-la prueba

5. Debe haber una prueba de detección sencilla, segura, precisa y validada.
6. La distribución de los valores de la prueba en la población diana debe ser conocida, y debe haber un punto de corte adecuado definido y acordado.
7. La prueba debe ser aceptable para la población.
8. Debe haber una política acordada a disposición de las personas en las que el test es positivos, sobre la posterior investigación diagnóstica y sobre las diferentes opciones disponibles.
9. Si la prueba es por mutaciones los criterios utilizados para seleccionar el subconjunto de mutaciones cubiertas por cribado, si todas las mutaciones posibles no están siendo cribadas, deben estar claramente establecidas.

El tratamiento

10. Debe haber un tratamiento o una intervención eficaz para los pacientes identificados a través de la detección precoz, con evidencia de que el tratamiento precoz conduce a mejores resultados que el tratamiento tardío.
11. Deberían existir acuerdos políticos basados en la evidencia de que a todas las personas identificadas se les ofrecerá el tratamiento adecuado.
12. El manejo clínico de la enfermedad y los resultados en los pacientes deben ser optimizados en todos los proveedores de atención médica y asegurados antes de participar en un programa de cribado.

El programa de cribado

13. Debe haber evidencia proveniente de ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad, de que el programa de cribado es efectivo en la reducción de la mortalidad o la morbilidad. Cuando el objetivo del cribado es únicamente dar información que permita a la persona tomar una "elección informada" (por ejemplo: la detección de síndrome de Down o portador de fibrosis quística), debe haber evidencia robusta basada en ensayos clínicos de alta calidad que el test mide el riesgo con precisión. La información que se proporciona sobre el test y su resultado debe ser de válida y fácilmente comprensible para la persona que está siendo cribada.

14. Debe haber evidencia de que el programa de cribado en su globalidad (test, procedimientos de diagnóstico, tratamiento / intervención) es clínicamente, socialmente y éticamente aceptable para profesionales de la salud y el público.

15. El beneficio del programa de cribado debe ser muy superior que los daños físicos y psicológicos causados por la prueba, procedimientos diagnósticos y tratamientos.

16. El coste de oportunidad del programa de cribado (incluidas las pruebas, el diagnóstico y tratamiento, la gestión, los procedimientos para garantizar la calidad y la formación) debería ser económicamente equilibrado en relación a los gastos de la atención médica en su conjunto (es decir, relación calidad- precio).

17. Debe haber un plan de gestión y monitorización del programa de detección y un conjunto de estándares de garantía de calidad consensuados.

18. Antes del inicio del programa de cribado la dotación de personal e instalaciones adecuadas para el test, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de programas deberían estar disponibles.

19. Deberían haber tenido en cuenta todas las otras opciones para el abordaje de la enfermedad (por ejemplo mejorar el tratamiento y proporcionar otro tipo de cuidados), para asegurar que ninguna otra intervención más costo -efectiva podría haberse puesto en marcha o incrementar las intervenciones actuales con los recursos disponibles.

20. Hay que poner a disposición de los potenciales participantes la información basada en la evidencia, explicando las consecuencias de los test, la investigación y el tratamiento, para ayudarles a tomar una decisión informada.

21. Hay que prever la presión pública para la ampliación de los criterios

de elegibilidad, para la reducción del intervalo de cribado, y para aumentar la sensibilidad del proceso de cribado. Las decisiones sobre estos parámetros deben ser científicamente justificables para el público.

22. Si el cribado es para una mutación, el programa debe ser aceptable para las personas identificadas como portadoras y por otros miembros de la familia.

ANEXO 3. A propósito de un caso: La osteoporosis

“La osteoporosis, un factor de riesgo inexistente, que se mide con un método falso, y se trata con medicamentos que producen más daños que beneficios, fracturas incluidas”.

Juan Gervas. Dice que predice, pero solo lucro produce. Genomancia es, que no genética. Acta sanitaria, El Mirador:04/06/2012.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis no es una enfermedad es un número, una probabilidad de sufrir una fractura. La edad y las caídas son factores mucho más importantes que la osteoporosis para determinar la probabilidad de sufrir fracturas. La edad media en que se producen la mayoría de las fracturas de cadera y columna son los 82 y 74 años respectivamente (fracturas por fragilidad). La probabilidad de que una mujer de 60 años sufra una fractura en 10 años es de 0,5%. El 80 % de las fracturas se dan en mujeres que no presentan alteraciones densitométricas. La densidad mineral ósea baja aumenta el riesgo de fracturas de 2 veces (expresado en riesgo absoluto se producen 2% fracturas en mujeres con osteoporosis vs 1% en mujeres sin osteoporosis). No obstante, teniendo en cuenta la evidencia sobre el tratamiento de la osteoporosis en mujeres sin antecedente de fracturas ningún fármaco ha demostrado que reduce la incidencia de fracturas. En mujeres con osteoporosis y otros factores de riesgo los tratamientos reducirían un 1-2 % la incidencia de fracturas. Es decir, que para ahorrar 1-2 fracturas debería someterse a tratamientos de riesgo a 100 personas. Por estos motivos las guías y recomendaciones independientes no aconsejan tratar a mujeres menores de 60 años que no han tenido fracturas^{80,81}.

Además, recientemente se están constatando efectos secundarios importantes de los bifosfonatos (como dolores óseos, fracturas atípicas de fémur, osteonecrosis del maxilar, aumento del riesgo de fibrilación auricular), y se alerta que los fármacos que se postulan para sustituirlos tienen una eficacia muy controvertida y comparten

⁸⁰ Boletín Farmacoterapéutico de Navarra. Disponible a (consultat 28 gener 2014):

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/BIT/Vol+17/BIT+17+4.htm

⁸¹ Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid. Disponible a (consultat 28 gener 2014):

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142391911485&language=es&pagename=PortalSalud%2FPag e%2FPTSA_pintarContenidoFinal

con los bifosfonatos algunos de sus efectos indeseables⁸².

¿DE QUÉ ENFERMEDAD ESTAMOS HABLANDO?

Por otra parte, como decía Barbara Starfield conviene recordar que «No se la osteoporosis lo que quita a Nuestros Mayores en los hospitales. Son las caídas». El problema de salud que estamos abordando son las fracturas y éstas se producen por caídas. Nuestro objetivo debe ser pues prevenir las caídas. Como sitúa la Revisión Cochrane mayores cae más frecuentemente que la gente joven y es así por un conjunto de motivos tales como problemas de equilibrio , de visión , demencia , consumo de psicofármacos ... Alrededor de un 30% de personas de > 70 años puede caer en 1 año . Una de cada 5 caídas precisan de atención sanitaria y menos de 1 de cada 10 caídas provocan fracturas. La Cochrane ha hecho una revisión⁸³ de la literatura con el fin de establecer qué intervenciones realizadas para prevenir caídas son efectivas. Se trata de un metanálisis de 159 ensayos clínicos con grupo control que en total suman 79.193 participantes. La mayoría de ensayos comparan la intervención para prevenir caídas con la no intervención. En los resultados destaca que intervenciones como hacer ejercicios grupales reducen el riesgo de caídas y la tasa de fracturas, y lo mismo ocurre con intervenciones de programas de ejercicio domiciliarios (en una amplia cohorte de mujeres seguidas durante 12 años, pasear 4 horas a la semana disminuyó la incidencia de fracturas de cadera en 1,5 %). También los programas de deprescripción y sobre todo la retirada de psicotrópicos reducen el riesgo de caídas.

En este sentido cada vez más se hace un llamamiento a abandonar el enfoque farmacológico en la prevención de las fracturas por fragilidad y a poner en marcha enfoques no farmacológicos desde los servicios sanitarios y básicamente desde la atención primaria^{84,85}

82 Calvo C. Eficacia y seguridad de los bisfosfonatos en la práctica clínica, ¿sabemos si previenen o causan fracturas? BIFAP nos da algunas pistas. Farmacia de Atención Primaria. Julio-2013. Disponible en (consultado: 21-10-13):

http://farmaciadeatencionprimaria.com/2013/07/08/eficacia-y-seguridad-de-los-bisfosfonatos-en-la-practica-clinica-sabemos-si-previenen-o-causan-fracturas-bifap-nos-da-algunas-pistas/?relatedposts_exclude=481

83 Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Summaries. Published Online:November 14, 2012. Disponible en (consultado 28 enero 2014): <http://summaries.cochrane.org/CD007146/interventions-for-preventing-falls-in-older-people-living-in-the-community>

84 Guia NICE CG161. The assessment and prevention of falls in older people. Junio 2013.

85 Järvinen T, Harri Sievänen H, M Khan K, Heinonen A, Kannus P. Cambio en el enfoque preventivo de las fracturas: prevenir las caídas no la osteoporosis. BMJ (Ed Esp) 2008; 2: 189-191. Disponible en (consultado 28 enero 2014) :<http://es.scribd.com/doc/73929739/Jarvinen-2008-Osteoporosis>

¿COMO SE TRANSFORMA UN FACTOR DE RIESGO EN ENFERMEDAD? ¿COMO SE CREA LA NECESIDAD DE CONSUMIR FÁRMACOS?

El sector farmacéutico es responsable de la creación de nuevas enfermedades a partir de factores de riesgo. El tratamiento de la osteoporosis es un claro ejemplo. La síntesis de fármacos capaces de modificar el metabolismo óseo para reducir la pérdida de masa ósea ha estado acompañada de sofisticadas campañas publicitarias disfrazadas de veces de estudios de investigación o campañas de prevención. Es conocido algún caso de utilización de asociaciones de pacientes para generar la necesidad social y personal de tomar un fármaco específicamente diseñado para tratar esta falsa enfermedad [véase bloque de Miguel Jara el 8-09-2010

<http://www.migueljara.com/2010/09/08/mercado-de-pacientes/>

Lo que no se explica (¿mentira por omisión?), es la probabilidad asociada de efectos adversos del fármaco propuesto, ni las alternativas basadas en la mejora de las condiciones de salud en general y las dirigidas a disminuir el riesgo de fractura. Es disminuir las fracturas y no la osteoporosis el objetivo de salud para las personas mayores.

Completamos esta breve historia sobre la creación de una enfermedad a partir de un riesgo probabilístico con la carta que el Dr. Roberto Sánchez envió el telediario de TVE1 el año 2010 a raíz de informaciones de este medio sobre la osteoporosis:

“Programa Telediario Primera Edición 18/10/10. El 18/10/10 emitís una noticia en la primera edición del telediario acerca de la osteoporosis. Identificáis artrosis con osteoporosis. Craso error. Dolores de rodillas, pies, brazos es artrosis. Osteoporosis es la probabilidad de padecer una fractura. Edad media de fractura de cadera: 82 años. Tratáis la pérdida de masa ósea postmenopáusica como una enfermedad, cuando es un hecho natural. No hay ninguna evidencia de la recuperación de masa ósea con productos naturales. Las consecuencias de estas opiniones es el sobretratamiento con bifosfonatos. Fármacos que empiezan a actuar a los 2 años y que reducen el riesgo de fractura, en una paciente de 80 años por ejemplo, del 13 al 8%. Tómese usted con 50 años todos los días de su vida una pastilla para esto. Tómesela de pie y no se tumba en media hora, porque hay un riesgo a tener en cuenta de cáncer de esófago y de necrosis de hueso mandibular. La principal causa de fractura no es la osteoporosis sino las caídas. Pero no se invierte dinero en quitar medicaciones a los abuelos que les obnubilan (hipotensores, tranquilizantes) ni en corregir sus déficits visuales, ni en adaptar sus casas. La industria farmacéutica nos presiona para recetar estos fármacos. Nos paga congresos, viajes, hoteles, cenas y (creerme) prostitutas. Todo para que nos inventemos entre todos la enfermedad de la osteoporosis. Viendo lo que habéis emitido creo que lo han conseguido.”

Roberto S. La princMFyC. Centro de Salud Prosperidad. Extinta nta o es la osteopora primerade . Disponible en <http://lasala3.wordpress.com/2010/11/11/la-osteoporosis-la-boda-real-y-el-ranking-%c2%bfalguna-relacion/>

