

No sempre prevenir és millor que curar

Membres del grup d'ètica:

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

Consultors:

Andreu Segura
 Josep Casajuana

Referents 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-llosera
 Rosa Vila
 Francesca Zapater

Tant els referents com els consultors fan aportacions a l'esborrany del document, les quals es tenen en compte, però el contingut final del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor.

Les "Reflexions de la pràctica quotidiana" volen oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretenen establir normes d'actuació ni definir estratègies per tal que els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor sinó també per prevenir problemes jurídics.

Desembre 2013

ELS 4 PRINCIPIS CLÀSSICS DE LA BIOÈTICA

Autonomia:

És la capacitat de les persones de deliberar sobre les seves finalitats personals i d'actuar sota la direcció de les decisions que pugui prendre. Tots els individus han de ser tractats com a éssers autònoms i les persones que tenen l'autonomia minvada tenen dret a la protecció.

Beneficència:

"Fer el bé", l'obligació moral d'actuar en benefici dels altres. Guarir el dany i promoure el bé o el benestar. És un principi d'àmbit privat i el seu no compliment no està penat legalment.

No-maleficència:

És el "primum non nocere". No produir dany, i prevenir-lo. Inclou no matar, no provocar dolor ni patiment, no produir incapacitats. no fer mal. És un principi d'àmbit públic i el seu incompliment està penat per la llei.

Justícia:

Equitat en la distribució de càrregues i beneficis. El criteri per saber si una actuació és o no ètica, des del punt de vista de la justícia, és valorar si l'actuació és equitativa. Ha de ser possible per tots aquells que la necessitin. Inclou el rebuig a la discriminació per qualsevol motiu. És també un principi de caràcter públic i legislat.

Si es dona un conflicte de principis ètics, els de No-maleficència i Justícia (de nivell públic i obligatori), estan per sobre dels de Beneficència i Autonomia (considerats de nivell privat).

*Todos los programas de cribado ocasionan daños,
algunos también pueden generar beneficios y de éstos
solo unos pocos 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.

INDEX

I. REAL COM LA VIDA MATEIXA	5
II. IMPORTÀNCIA DE LA QÜESTIÓ	7
1. Introducció	7
2. Motius per abordar la prevenció des de l'ètica	7
3. Context actual per a la nostra reflexió	8
4. La importància de la prevenció i la Medicina de Família	11
5. Concepte i comunicació del risc: Consideracions pràctiques.....	13
6. La iatrogènia dels sistemes sanitaris	14
III. MARC DEONTOLÒGIC I LEGAL	16
V. ELS PRINCIPIS DE LA BIOÈTICA I ELS VALORS EN ELS DIFERENTS TIPUS DE PREVENCIÓ	20
V. QÜESTIONS POLÈMIQUES	26
VI. PUNTS CLAU.....	37
VII. RECOMANACIONS PRÀCTIQUES	38
BIBLIOGRAFIA	39
ANNEX 1. Diferents tipus d'activitats preventives	40
ANNEX 2. Què hem de demanar-li, exigir-li a les activitats preventives	43
ANNEX 3. A propòsit d'un cas: L'osteoporosi	48

I. REAL COM LA VIDA MATEIXA

- La Carme té 55 anys: La coneixem des de fa 10 anys. Ve perquè el ginecòleg privat li ha fet una densitometria, i amb el diagnòstic d'osteopènia indica bifosfonats i calci de llarga durada. Vol que se li afegixi aquest tractament al que porta per la HTA. Se li diu a la pacient que l'osteopènia no s'ha de tractar, que no és ni tan sols un factor de risc (que està molt documentat a les guies de pràctica clínica) i se li expliquen els riscos dels bifosfonats. La dona insisteix en el fet que vol el tractament perquè per alguna raó li ha indicat el seu ginecòleg de sempre (el que la va atendre durant els parts dels seus 3 fills) i, a més a més, perquè ella ja coneix per experiència familiar que és això de l'osteoporosi: la seva mare tenia "els ossos de vidre" i va acabar molt malament.

Un gran repte per als professionals: explicar-li que el nostre primer principi cap a ella és no fer-li mal amb intervencions que han demostrat que no la beneficien!!!

- La Maria és convocada pel programa poblacional de detecció precoç del càncer de mama de la seva zona. Acudeix a la consulta per preguntar-nos si ha d'anar o no a fer-se les mamografies.

Si la dona ens pregunta és una oportunitat per parlar de pros i contres de les mamografies de cribratge, de dir-li que no té obligació de fer-se les mamografies, i que amb la informació disposa dels elements per prendre una decisió que podem compartir si vol.

En Fidel ens porta la revisió que li han fet a l'empresa perquè l'anotem a la seva història clínica. A l'analítica li han realitzat el PSA; el pacient no sabia res però ja li sembla bé i vol que se li faci anualment, molta gent li diu que a partir dels 50 anys el homes han de revisar-se la pròstata cada any.

El pacient té dret a decidir, però per decidir autònomament necessita tenir informació. En aquest cas la persona defensa el PSA probablement perquè es basa en una informació errònia sobre els beneficis de la prova i ningú no li ha parlat dels límits ni dels perjudicis. Es un bon moment per fomentar una decisió compartida en base a una informació més veraç que li hem de facilitar.

- Acudeix a la consulta l'Adelaida, que té 40 anys, molt trista i plorosa i explica que fa un mes se li ha mort el pare que vivia amb ella. La metgessa li proposa participar en uns grups d'atenció al dol que es fan a l'ABS (intervenció sobre els dols normals).

Com ajudar al pacient a superar una pèrdua i no posar en marxa activitats sobre les quals no hi ha evidència que siguin efectives. La qual cosa no treu que es pugui fer seguiment per vigilar com es va elaborant el dol.

- La Irene consulta si ha de posar la vacuna del papil·loma a la seva filla de 17 anys que no ha tingut relacions sexuals. Ha sentit que té molts efectes secundaris i, tot i la recomanació de les autoritats sanitàries, no ho veu clar.

Estem els professionals al dia dels riscos que representa per a una persona individual aquesta i altres vacunes? Com informar del risc? Podem com a professionals individuals qüestionar les indicacions de les autoritats sanitàries?

- En Pau té antecedents d'infart de miocardi i xifres de LDL-col superiors a 150mg/dl ens planteja que no vol prendre les estatines que nosaltres indiquem. *Com a professionals, quan hi ha evidència que una mesura és molt beneficiosa (com és el cas de l'ús d'estatines en prevenció secundària), la posem en marxa sense informar ni preguntar al pacients? En aquest cas, hem de tenir en compte l'autonomia del pacient per prendre la decisió?*

II. IMPORTÀNCIA DE LA QÜESTIÓ

1. Introducció

És clar que les activitats de prevenció introduïdes al llarg dels anys, com l'administració de vacunes efectives, les mesures higièniques en les intervencions quirúrgiques per evitar les infeccions, la detecció i tractament de contactes de malalts infecciosos, i altres, han contribuït -i molt- a la millora de la salut de les persones. Però els darrers anys, s'han fet recomanacions o s'han posat en pràctica mesures "suposadament preventives" que són si més no algunes d'elles, de dubtosa eficiència.

Aquest document pretén fonamentalment afavorir la reflexió dels professionals de la salut, des del punt de vista de l'ètica, respecte al tema de la prevenció. Reflexionar sobre el risc de medicalització progressiu de la població, dels perjudicis que podem fer i, alhora, de la inequitat que pot suposar desviar recursos, humans i econòmics a "atendre" i "tractar" persones, que per la seva condició de sanes no ens caldria atendre.

2. Motius per abordar la prevenció des de l'ètica

En prevenció és fàcil perjudicar innecessàriament al ciutadà sà (Principi de no maleficència). Algú ha dit que les activitats preventives no fan que els pacients es trobin millor, però sí que poden fer que es trobin pitjor. D'altra banda, la prevenció és un excel·lent recurs per a la medicalització, que arriba a aconseguir que el ciutadà sà es comporti com a malalt. També sovint es fa sense que el ciutadà doni els seu consentiment vàlid, és a dir, que no es compleixen les condicions d'informació, capacitat i voluntat (Principi d'autonomia).

Cal tenir present que podem generar una enorme despesa inútil (Principi de justícia). Molts dels principals èxits de vendes en fàrmacs al nostre país tenen indicació preventiva. Al 2009 dels 5 primers llocs pel que fa a despesa dos els van ocupar el grup de les estatines i els inhibidors de la bomba de protons, majoritàriament prescrits en la prevenció primària i la "gastroprotecció"¹.

Si limitem la salut a allò que la medicina basada en proves ens indica, deixem fora altres factors com els determinants socials de la salut, que són més potents que els individuals. Les intervencions sobre les persones basades tan sols en el coneixement que proporciona les proves, aporten pocs resultats en la millora de la salut de les poblacions (Principi de beneficència)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. Volumen 34, Nº 3/2010

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

Cal tenir també en compte el malbaratament del temps laboral dels professionals en detriment d'activitats amb més evidència, en cas d'activitats preventives sense base científica clara. (Principi de Justícia)

3. Context actual per a la nostra reflexió

El paper de les autoritats sanitàries i les institucions

- A més d'activitats de provada eficàcia també en fomenten d'altres que, o bé no han demostrat eficàcia o bé no han estat avaluades, i que malgrat tot s'han mantingut any rere any, com el Programa Salut i Escola o el programa del Pla de calor³.
- De vegades, l'actitud de les institucions (OMS, Ministerio Sanidad) és contradictòria respecte a la informació que donen a la població, per exemple, quan es va produir la pandèmia de la grip A^{4, 5}.
- Poden facilitar informació confusa per a la població en alguns casos com ara l'existència de calendaris vacunals diferents entre comunitats autònomes⁶, de la que s'han fet ressò fins i tot els mitjans d'informació general⁷.
- No cal oblidar que les persones que composen els organismes oficials estan sotmeses també a pressions comercials i polítiques

Hi ha situacions que plantegen al professional un conflicte entre la lleialtat al pacient i al conjunt de la societat, i la lleialtat a l'autoritat sanitària i també a l'empresa on treballa. Un exemple seria la inclusió al calendari vacunal de vacunes amb evidència insuficient. Com a professionals devem lleialtat en primer lloc al pacient. D'altra banda, tenim un deure de compliment de la norma legal vigent i de les recomanacions de l'empresa per la qual treballem. És per això que cal una actitud reflexiva i prudent si ens trobem davant d'alguna d'aquestes situacions.

La indústria farmacèutica i de productes sanitaris

Bona part dels seus ingressos depenen dels productes (fàrmacs, test diagnòstics, proves d'imatge..) adreçats a la prevenció de malalties o de factors de risc. De les farmacèutiques depèn també la major part de la investigació clínica que es fa en tot el món, i per tant, de l'evidència disponible que pot "ajustar-se" de forma adequada als seus interessos⁸. Tenen un pes excessiu en la formació dels professionals de la salut davant la deixadesa de l'administració, la connivència dels professionals i de les societats que els representen, i dels mitjans d'informació^{9 10}.

³ S'hi fa referència a Fòrum de la Professió 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. 07/06/2010: Conflictos de interés, gripe y OMS <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. Agosto 2010. http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/gripe-gervas_23.pdf

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>

⁸ Smith R (2005) Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. PLoS Med 2(5): e138. doi:10.1371/journal.pmed.0020138
<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020138>

Les farmacèutiques obtenen més beneficis en fàrmacs destinats a la prevenció en el món ric que al tractament de les malalties del món pobre

- Promouen la publicació als mitjans de comunicació escrits i audiovisuals, de reportatges patrocinats per les mateixes empreses privades sobre "malalties" i tractaments suposadament eficaços, que generen "necessitats" a la població que els rep (p. ex.: osteoporosi, disfunció erètil...)

Els canvis en les creences col·lectives referits a la salut i la prevenció

L'enfocament actual a la prevenció difon la idea que tot és prevenible, la medicina és totpoderosa, pot endarrerir la malaltia i la mort indefinidament. Això fa difícil plantejar el debat i les decisions personals sobre els límits de la salut, el final de la vida, sobre l'acarnissament terapèutic, sobre com volem envellir i morir... Un punt cabdal és que la prevenció també selecciona la causa de mort i la forma de morir: p ex., la prevenció cardiovascular en edats avançades pot afavorir altres causes de mort en situació de major dependència.

Estem moralment obligats a estar sans? L'adopció d'hàbits saludables i el control dels factors de risc han deixat de ser simples recursos per prevenir la malaltia i s'han convertit en obligacions incondicionals. Actualment són imperatius que la persona pot complir amb més o menys dedicació però que sembla que no tenen alternativa. No s'hi pot argumentar en contra.

Les recomanacions sobre hàbits de vida saludables sovint no son més que un eufemisme de "restriccions" i no poques vegades sense cap evidència que ho sustenti.

Estem legalment obligats a estar sans?: La Constitució espanyola no reconeix el dret a la salut, sinó el de la protecció de la salut. Els mecanismes per fer efectiu aquest dret són de finançament públic. Es podria justificar que es donen les condicions per a que el dret es converteixi en un deure: uns s'ha de "cuidar" per evitar emmalaltir i no provocar una major despesa pública; qui no es cuida i emmalalteix potser s'hauria de fer càrrec de les despeses... (o ser penalitzat). Aquestes mesures s'han volgut fonamentar en el fet que els recursos públics són limitats i que la responsabilitat individual comporta fer-se càrrec de les conseqüències de les decisions individuals. Es pretén defensar, amb un mal ús del principi de justícia, un discurs culpabilitzador dels pacients. Aquest discurs no te en compte que l'adopció d'hàbits saludables redueix però no anul·la l'aparició de la malaltia, i que l'individu ha de tenir una oportunitat renovada de canviar d'hàbits, i també oblida els condicionants socials dels comportaments relacionats amb la salut (hi ha més fumadors en les classes baixes, per exemple) i comporta una certa

⁹ Marcia Angell. La verdad sobre la industria farmacéutica. Grupo editorial Norma. Disponible a: <http://es.scribd.com/doc/17681222/la-verdad-acerca-de-la-industria-farmaceutica-marcia-angell>

¹⁰ Teresa Forcades i Vila. Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. Cuadernos CJ nº141. <http://www.cristianismeijusticia.net/es/los-crimenes-de-las-grandes-companias-farmaceuticas>

culpabilització del qui està malalt, culpabilització que és la base ideològica que fa acceptables les polítiques neoliberals que retallen els drets en atenció sanitària.

- La *desresponsabilització* de la persona en qüestions de salut ha succeït en poques generacions i és un fenomen complex en el qual la prevenció hi té un paper rellevant. Amb l'èmfasi actual en la prevenció, els factors de risc han estat ascendits a factors causals de malaltia, es determinen objectivament mitjançant procediments tecnològics molt sofisticats i, per tant, no són directament perceptibles per a la persona. Atès que es pretén que la salut depèn del control d'aquests factors de risc, que són objectius, la percepció per part de la persona del seu propi organisme i de la seva ment no és necessària per a la cura de la salut. És a dir, la cura del propi cos i de la pròpia ment cal fer-la a partir de criteris externs, objectius. El criteri personal en queda exclòs. Cal tenir en compte el desapoderament per posar en context la falta d'adherència als tractaments i als canvis d'hàbits que observem sovint en els nostres pacients i que solem explicar únicament – i de manera injusta – a partir de la falta de responsabilitat individual.

Aspectes del context que afavoreixen el sentit d'aquesta reflexió

L'extensió entre la ciutadania de l'ús d'Internet ha permès des de fa temps l'accés a una quantitat il·limitada d'informació amb un cost mínim de temps. Més recentment, han aparegut noves maneres d'usar la xarxa que solen agrupar-se sota la denominació de Web 2.0 i que es basen en compartir informació, modificació de continguts per part de l'usuari i treball en col·laboració. Això està en la base de les xarxes socials i els blocs que tan importants han estat en la creació de corrents d'opinió favorables a la reflexió, també en el camp de la prevenció. Cal estar atents però als riscos de superficialitat i d'immediateza que comporta un recanvi tan ràpid d'informació.

L'actual crisi econòmica que al nostre país està desmantellant la sanitat pública, és també l'ocasió adequada per revisar els valors que sustenten les actuacions de professionals sanitaris, gestors i ciutadania, i de fer més eficient el nostre sistema sanitari. Hi ha iniciatives des dels col·legis professionals, com el "Fòrum de la Professió Mèdica", amb propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic¹¹ que, malauradament en el moment de redactar aquest document, no ha rebut cap consideració per part de les autoritats sanitàries. Un èxit similar han tingut altres iniciatives fetes des de societats professionals de la Salut Pública i des de diverses plataformes com Dempeus per la Sanitat Pública¹², Focap¹³, etc.

¹¹ Fòrum de la Professió 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/>

Medicina basada en l'evidència (MBE) i ètica¹⁴

La MBE ha donat forma i ha sistematitzat les antigues exigències de rigor i de transparència pròpies del mètode científic, per avaluar l'eficàcia d'un tractament abans de sotmetre la població als seus efectes. Això la converteix en una eina imprescindible per obtenir coneixement fiable, també a propòsit de la prevenció.

Però la generalització del mètode i una pràctica alhora poc reflexiva i sovint amb interessos vinculats a la indústria, obliguen a considerar una sèrie de mals usos:

La MBE és un procediment que ens assegura un determinat grau de correcció tècnica en la valoració de les evidències. D'aquí a considerar que els resultats segons la MBE no poden ser qüestionats des del punt de vista ètic perquè són objectius, representa una nova forma de fal·làcia naturalista. La prevenció quaternària ha enfocat amb encert aquest raonament erroni.

La MBE ha emfatitzat els grans assajos i les metanàlisis, la validesa interna i unes classificacions molt senzilles però sovint massa esquemàtiques. Això ha deixat fora de joc l'aplicabilitat a la pràctica clínica, la validesa externa i la magnitud de l'efecte, que cal recuperar i integrar. Cal tenir present altres factors del context del pacient, com l'edat, la situació clínica, l'entorn familiar i social, la càrrega terapèutica¹⁵, expectativa de vida....

4. La importància de la prevenció i la Medicina de Família

Evolució de l'enfocament preventivista de l'atenció primària

Ja des dels seus inicis la medicina de família va apostar per orientar la consulta d'atenció primària a partir del criteri del professional, prioritzant activitats de prevenció i promoció de la salut, a més del motiu de consulta del pacient i les activitats curatives (vegeu els primers capítols i el d'organització de la consulta en la primera edició publicada el 1986 del manual de A. Martín Zurro i JF.Cano¹⁶). Des de fa pocs anys, a la vista dels excessos de la prevenció, hem començat a parlar de prevenció quaternària (Annex 1) i fins i tot de que la prevenció no forma part essencial de la medicina de família: *"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*

¹⁴ Miguel García F, Merino Senovilla A, Sanz Cantalapiedra R. Procedimientos operativos y técnicos en la medicalización de la prevención. Aten Primaria. 2009;41(12):702-706.
<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/procedimientos-operativos-tecnicos-medicalizacion-prevencion-13143109-articulo-especial-2009?bd=1>

¹⁵ *càrrega terapèutica* és la capacitat que cada pacient té per assumir fàrmacs, de manera que podent-se beneficiar de diferents fàrmacs pot ser més important triar uns i no altres, assumint que no els prendrà tots. (principi de beneficència)

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

Atención Primaria como atención centrada en la prevención”(B. Starfield i J. Gérvas)¹⁷.

Per tant en 25 anys –menys d’una generació– hem passat a mantenir un punt de vista oposat a l’inicial. Està clar que el canvi era necessari, però aquest canvi qüestiona l’especialitat tal com la vam entendre des dels seus començaments, i cal una reflexió.

Relació entre l’Atenció Primària i la Salut Pública

Com hem dit, l’Atenció Primària va néixer i créixer assumint la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut com a valors fonamentals, però donant per fet que es podia aconseguir des de la consulta a partir del treball personal amb el pacient. La col·laboració amb la Salut Pública ha estat inexistente des del començament. Això ha contribuït al fet que els pacients saturessin les nostres consultes i les activitats preventives les nostres agendes¹⁸.

A partir del reconeixement de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut com a valors fonamentals també de la medicina, l’informe *Hastings* sobre els fins de la medicina recomanava intentar sumar esforços entre dos camps del coneixement que han treballat d’esquenes l’un de l’altre, quan no en franca competència¹⁹.

El que hem de demanar als programes de cribratge poblacionals posats en marxa per l’autoritat sanitària està descrit amb detall i es pot consultar a l’Annex 2

El model vigent de l’atenció primària ha afavorit la dependència i la medicalització de la ciutadania

Des del principi l’atenció primària va adoptar com a marc de treball el model biopsicosocial, i alhora va preconitzar la definició de Salut que l’OMS va proposar l’any 1948 i tantes vegades repetida “d’un estat de complet benestar físic, psicològic i social, i no tan sols l’absència de malaltia”²⁰. Tot i que la Conferència d’Alma Atà als anys 70 ja es va moure en altres coordenades en apel·lar a criteris de “responsabilitat” i a “allò que cada país pot assumir”, la interacció entre el model biopsicosocial i la definició de salut esmentada va fer fortuna. Aquesta interacció ara veiem que va afavorir la medicalització i la dependència de les nostres poblacions, però aleshores justificava molt bé l’enfoc preventivista: Si el benestar ha de ser complet, cal evitar com sigui que la malaltia aparegui.

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

¹⁸ Un reconeixement de la situació d’escàs contacte i unes propostes des del punt de vista de la salut pública (no necessàriament assumibles) es troben a:

Pasarín, María Isabel; Forcada, Carme; Montaner, Isabel; De Peray, Josep Lluís; Gofin, Jaime. *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 - vol.24 núm Supl.1

<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/salud-comunitaria-una-integracion-las-competencias-atencion-13188258-la-salud-publica-sistema-sanitario-2010?bd=1>

¹⁹ Callahan D (Dir.) *The Goals of medicine. Setting new priorities*. *Hastings Cent Rep*. 1996 November-December. Special suppl.

Hi ha traduït al castellà i al català: Callahan D (Dir.) *Los Fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2004: p 115.

http://www.fundaciogrifols.org/portal/ca/2/colecciones_editadas

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

Acotar la crítica

Volem remarcar que el propòsit d'aquesta crítica és posar de relleu i fonamentar millor el canvi d'actitud respecte a la prevenció, i de cap manera desacreditar res ni a ningú, ni renunciar a la feina que tots hem fet. També cal afegir que la crítica la podem fer ara, amb una mirada retrospectiva i a la vista de la situació actual (medicalització, falta de proves d'eficàcia) i que difícilment es podia haver fet abans.

És cert que els advertiments sobre les inconsistències i els excessos de la medicina^{21 22}, i més específicament de la prevenció²³, venen de lluny. L'actitud en aquell moment, però, era esperançada i hi havia la creença àmpliament compartida que els beneficis s'acabarien demostrant. L'evolució no ha estat la que s'esperava i finalment ha estat la preocupació pels perjudicis cap al pacient, últimament concretada en la prevenció quaternària, allò que obliga a reconsiderar la prevenció en conjunt.

5. Concepte i comunicació del risc: Consideracions pràctiques

Recordar i recordar-nos que "El risc és part de la vida. Si no hi ha risc, no hi ha vida"²⁴.

El concepte de risc que fem servir els professionals no només és difícil de transmetre, sinó que és essencialment diferent del que es fa servir en el llenguatge col·loquial²⁵. Tot i que els significats no són unívocs, en una primera aproximació podem considerar que per als sanitaris risc és equivalent a probabilitat, per als no sanitaris risc és equivalent a perill. Recordar que parlant de prevenció els pacients tendeixen a sobreestimar els beneficis i a subestimar els riscos²⁶.

Hem d'intentar fer entenedors els valors numèrics comparant-los amb riscos quotidians²⁷. Fer servir presentacions gràfiques si creiem que poden ser útils per comunicar-nos més eficaçment²⁸.

Cal situar les nostres recomanacions al pacient en el context de beneficis i perjudicis poblacionals. El salt a beneficis i perjudicis individuals no es pot fer a partir de la informació dels assajos clínics. Aquesta impossibilitat també cal fer-li entendre al pacient, així com la possibilitat que no en tregui un benefici net i sí algun perjudici.

Cal potenciar la decisió informada en les activitats preventives de la consulta: no és defensable que calgui la decisió informada en el cas d'una persona malalta alhora de tractar-la i no en el cas d'una persona sana alhora de fer prevenció.

La decisió informada en les nostres activitats preventives té inconvenients d'ordre pràctic:

fa més carregosa l'aplicació de les activitats preventives.

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

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

²³ Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Ediciones Doyma SA. Barcelona. 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. "In really 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;324:827-30.

Qüestiona el model de detecció oportunista per als procediments basats en el cribratge²⁹.

Pot implicar perdre els beneficis poblacionals que donen sentit al cribratge³⁰.

En un intent de preservar alhora l'autonomia del pacient i l'efectivitat dels cribratges, s'ha proposat treballar només amb aquella part de la ciutadania que accepti una participació informada. Així, a l'aconseguir que els ciutadans que hi participessin ho fessin convençuts i actius, i no de forma passiva, augmentaria l'efectivitat de les intervencions³¹.

Convé fer-se càrrec d'allò que el pacient prefereix i d'allò que vol evitar, què representa per a ell una hipotètica malaltia en el futur, i tot d'altres possibles condicionants en l'elecció d'acceptar o rebutjar una mesura adreçada a la prevenció. Per això convé una actitud deliberativa en el sentit utilitzat per Emanuel i Emanuel³².

6. La iatrogènia dels Sistemes Sanitaris

L'any 2000 Barbara Starfield³³ remarcava que als EEUU es produïen un total de 225.000 morts/any atribuïbles a iatrogènia provocada per les actuacions del sistema sanitari, i que això constituïa la tercera causa de mort en aquest país per darrera de les causes cardiovasculars i del càncer.

A l'Estat Espanyol els estudis ENEAS i APEAS realitzats al 2005 i 2008^{34 35}, respectivament pel Ministerio de Sanidad y Consumo, informen dels efectes adversos provocats pel sistema sanitari a l'hospital i a l'atenció primària (AP). L'estudi ENEAS és un estudi de cohorts retrospectiu: 72.714 pacients donats d'alta durant 1 setmana a 24 hospitals de l'estat espanyol. L'estudi APEAS es un estudi transversal-observacional de 96.047 pacients atesos a les consultes d'AP de 48 EAP a 16 Comunitats Autònomes.

D'aquests estudis es pot concloure que:

²⁹ Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik. 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: 740-50.

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

³² Emanuel EJ, Emanuel LL. "Cuatro modelos de la relación médico paciente". A: Couceiro A. (Ed.) "Bioética para clínicos". Editorial Triacastela. Madrid. 1999. p. 109-126. Hi ha versió en català en dues parts als Annals de Medicina de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Annals de Medicina 2010;93(3):133-36 i Annals de Medicina 2010; 93 (4): 180-84. També disponible on line: 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 a (consultat 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 a (consultat 21 octubre 2013) http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

- A l'atenció hospitalària la incidència d'efectes adversos lligats a l'hospitalització va ser del 8,4% dels pacients. El 45% dels efectes adversos van ser lleus i un 16% van ser greus. Del total de pacients amb efectes adversos un 22,2% van haver de reingressar per aquesta causa. El 37% dels efectes adversos estaven relacionats amb la medicació, 25,3% amb infeccions nosocomials i un 25% amb problemes durant procediments. El 42,% dels efectes adversos es van considerar evitables.
- A l'atenció primària la prevalença de successos adversos va ser de 18,63 per mil visites. La prevalença de pacients amb algun efecte advers (EA) va ser de 10 per mil. El 57% dels EA van ser lleus i un 7,3% greus. El 48% van estar relacionats amb la medicació, el 26% amb la cura, el 24% amb la comunicació, el 13% amb el diagnòstic, el 9% amb la gestió i el 14% restant amb altres causes. Van ser considerats evitables el 70% dels EA en general, i el 80% dels EA greus en particular. El 5,8% dels pacients amb EA van requerir hospitalització.

Davant d'aquesta situació l'actitud quaternària es converteix en un imperatiu ètic per a tots/es els/les professionals d'AP (Annex 1).

III. MARC DEONTOLÒGIC I LEGAL

MARC LEGAL

Des de la Constitució de 1978 fins a l'actualitat hi ha un compromís social traduït en normativa legal que reflecteix un concepte de salut que transcendeix la presència de malaltia. El reconeixement de les activitats de prevenció de la malaltia i de protecció de la salut recorren el camp legislatiu des de la mateixa Constitució fins a la llei d'ordenació de les professions sanitàries.

Les activitats de promoció i prevenció es consideren una obligació per a les professions sanitàries que mai pot estar al marge dels coneixements científics de cada moment, exigint la pràctica de les mateixes amb qualitat i seguretat pel pacient.

Constitución Española de 1978³⁶

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 Sanidad³⁷

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:

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.

³⁶ Constitución española. Disponible (consultat 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 (consultat 21 octubre 2013)
<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 3303, de l'11 de gener de 2001.³⁸

Article 2

Formulació i abast del dret a la informació assistencial

1. En qualsevol intervenció assistencial, els pacients tenen dret a conèixer tota la informació obtinguda sobre la pròpia salut. Això no obstant, cal respectar la voluntat d'una persona de no ésser informada.
2. La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma.
3. Correspon al metge responsable del pacient garantir el compliment del dret a la informació. També han d'assumir responsabilitat en el procés d'informació els professionals assistencials que l'atenen o li apliquen una tècnica o un procediment concrets.

Article 6.1

El consentiment informat

1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estableix l'article 2.

Carta de Drets i Deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària. Buscar l'article o punt que faci referència a la prevenció.

Barcelona 2002. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.³⁹

6.4 Dret a conèixer els plans, les accions i les prestacions en matèria de prevenció, promoció i protecció de la salut, i a saber com es fan efectives.

6.5 Dret a rebre les prestacions preventives dins el marc de la consulta habitual. Els professionals sanitaris són els qui les han de proporcionar, juntament amb la informació sobre les activitats que s'han de realitzar i la seva finalitat, tenint sempre en compte que les pràctiques preventives no comportin un risc addicional per a la persona.

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 (consultat 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 (consultat 21 octubre 2013) http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/Drets_i_deures/Normativa/enllasos/carta_drets_deures.pdf

6.6 Dret a rebutjar aquelles accions preventives que es proposin en situacions que no comportin riscos a tercers, sens perjudici del que estableixila normativa de salut pública.

Quan la persona a la qual es proposen actuacions preventives en situacions que no comportin risc per a tercers les rebutgi, quedarà constància escrita d'aquest refús a la història clínica o, si s'escau, en el document corresponent.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.⁴⁰

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

MARC DEONTOLÒGIC⁴¹

La deontologia mèdica ens recorda que la medicina té com a finalitat la promoció i restabliment de la salut individual de les persones. La pràctica de la medicina preventiva i la promoció de la salut es regeix pels mateixos criteris de bona pràctica assistencial amb esment especial a la cura que hem de tenir en la utilització de procediments científicament avalats i amb experiència personal d'ús.

La deontologia mèdica ens commina a ser especialment curosos en l'obtenció del consentiment del pacient, un cop degudament informat dels riscos, en la pràctica de la medicina preventiva, atès que en aquests casos sempre estem tractant de procurar un bé potencial però no hi ha mal clínic manifest.

Capítol I Art.1. El metge ha de tenir present que l'objectiu de l'exercici de la medicina és promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones.

Capítol I Art.2. Els metges, que són un dels principals agents de la preservació de la salut, han de vetllar per la qualitat i l'eficiència de la pràctica mèdica, principal eina per a la promoció, la defensa i el restabliment de la salut.

⁴⁰ Boletín Oficial del Estado. Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible (consultat 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 (consultat 21 octubre 2013) http://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf

Capítol V Art.45. El metge té el deure d'emprar tots els mitjans adequats al seu abast que cregui adients, dirigits a preservar el dret fonamental de l'ésser humà a la protecció de la salut i prestar-li tota l'assistència necessària per a la conservació o recuperació de la salut. Ha d'assegurar també la profilaxi, i ha de fer valer els seus criteris respecte a les normes individuals i col·lectives d'higiene i de prevenció.

Capítol V Art.47. El metge no emprarà procediments ni prescriurà medecines amb les quals no estigui degudament familiaritzat i que no estiguin basades en l'evidència científica o en l'eficàcia clínica, encara que el pacient hi consentís.

Capítol V Art 49. El metge ha d'extremar la informació dels riscos de l'acte mèdic i aconseguir el lliure consentiment del pacient, quan la seva finalitat, tot i perseguint un benefici per al pacient, no sigui el guariment d'una malaltia.

Capítol I Art.3. Com sigui que la defensa i promoció de la salut suposen un camp d'acció molt més ampli que el purament assistencial, els metges no poden considerar-se aliens a les situacions socials, els progressos tècnics i les condicions de treball i ambientals que afecten la vida dels ciutadans, i han d'aconsellar les accions sanitàries més adients

Capítol II Art.8. La primera lleialtat del metge ha d'ésser envers la persona que atén. La salut d'aquesta ha d'anteposar-se a tota altra conveniència.

Capítol II Art.22. El metge té el deure de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments. La informació ha d'ésser donada de manera entenedora i prudent, i comprendrà també les mesures preventives per evitar el contagi i la propagació de la malaltia. També ha d'informar la persona en el cas que sigui objecte d'investigació, experimentació o docència.

Capítol III Art.23. El metge ha d'informar la persona que atén del risc que poden significar per a la seva salut els seus hàbits, el treball que exerceix, o té intenció d'exercir, i el medi en què es desenvolupa

Capítol X Art.83. El metge no prestarà els serveis professionals en cap empresa o institució que no li permeti respectar els seus deures ètics i deontològics

Capítol X Art.85. El metge està obligat a vetllar pel bon nom de la institució en la qual treballa, i a promoure la millora de la seva qualitat. Les deficiències que puguin haver-hi ha de posar-les en coneixement ,en primer lloc, de la direcció de la institució i, si no són corregides, de les entitats mèdiques corporatives o autoritats sanitàries, abans de fer-ho a altres mitjans.

V. ELS PRINCIPIS DE LA BIOÈTICA I ELS VALORS EN ELS DIFERENTS TIPUS DE PREVENCIÓ

Beneficència

Parlar de beneficència, de procurar allò que és bo per al pacient, ens obliga a recordar un cop més que és la pròpia persona qui determina què és bo per a ella. Tanmateix des d'un punt de vista professional el conjunt de la informació que li arriba a la ciutadania és parcial, esbiaixada cap a la intervenció agressiva i sovint no suficientment contrastada. Semblaria que, també en la prevenció, tot el que es pot fer, cal fer-ho, guiats per la creença –falsa– que es pot assolir el risc zero d'emmalaltir aplicant mesures de prevenció innòcues. La Salut Pública, segons Fugelli, està inspirada per Nike amb el seu "Just do it"⁴².

En l'actuació sobre individus que no han desenvolupat la malaltia, o que està en fase molt inicial i encara asimptomàtica, cal que els beneficis nets de l'actuació que nosaltres proposem siguin molt clars.

La beneficència depèn de la definició de salut i dels objectius de la medicina. La definició de salut de l'OMS citada obre la porta a una medicalització desenfrenada, perquè proposa un objectiu inabastable. La definició proposada en l'informe Hastings "Els Fins de la Medicina" té un altre to i un altre abast: *"entenem per "salut" una experiència de benestar i d'integritat de la ment i del cos. La caracteritza una acceptable absència de mals significatius i, en conseqüència, la capacitat d'una persona d'aconseguir els seus fins vitals i de funcionar en contextos socials i laborals ordinaris."*⁴³.

Volem fer notar que segons la definició de l'informe esmentat, la salut seria compatible amb el malestar, amb els canvis de cicle vital, però també amb tots els factors de risc (que com sabem, tenen una tendència imparable a assumir l'estatus de malaltia) i finalment fins i tot amb algunes malalties, sempre que permetin a l'individu fer tot el que diu l'enunciat. Moltes malalties en grau no sever serien formalment malalties però no col·locarien el pacient com a totalitat fora de l'àmbit de la salut.

Els objectius de la medicina han de ser, segons el mateix informe Hastings:

- La prevenció de les malalties i les lesions; la promoció i el manteniment de la salut.
- L'alleujament del dolor i del sofriment causats pels mals.
- L'atenció i el guariment dels malalts; la cura que es pot donar als malalts incurables.
- L'evitació de la mort prematura i la cerca d'una mort tranquil·la.

⁴² Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. Patient Educ Counselling. 2006;60:267-71.

⁴³ Callahan D (Dir.) The Goals of medicine. Setting new priorities. Hastings Cent Rep. 1996 November-December. Special suppl.

Hi ha traducció al castellà i al català: Callahan D (Dir.) Los Fines de la Medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona. 2004; p 115.
<http://www.fundaciogrifols.org/polymitalimages/public/fundacio/Publicacions/PDF/cuaderno11.pdf>

El mateix informe insisteix –cosa que novament pertoca a aquest document– que la prioritat entre els quatre fins caldrà establir-la en funció de les circumstàncies, i que la prevenció no pot reclamar el primer lloc, ni tan sols des del punt de vista lògic, entre d'altres raons per que no sembli que s'abandonen les persones malaltes.

El problema de determinar el benefici individual: Determinar beneficis o perjudicis individuals a partir de dades poblacionals pot implicar una fal·làcia, una argumentació defectuosa. Per tant, estem limitats alhora de personalitzar excessivament la recomanació, i sempre caldrà referir-la a la població. Atès que pot ser difícil de transmetre la idea de benefici poblacional, potser sigui millor parlar d'augment o disminució del perill que tingui, per exemple, un infart, i fer-ho en comparació (als seus conciutadans, a d'altres probabilitats quotidianes conegudes). Determinar el benefici individual és, doncs, una dificultat tècnica que cal resoldre guiats per la lleialtat cap al pacient.

Suposem que tenim al davant a la consulta un pacient a qui intentem informar dels pros i contres de tractar la dislipèmia: No tenim manera de determinar si serà ell un dels que perllongarà la seva vida per efecte de la intervenció. El destinatari de la intervenció és conegut però el beneficiari i el perjudicat poden ser dues persones diferents: Quina d'elles serà el nostre pacient?, Si finalment mor de vell prenent-se l'estatina cada dia, serà gràcies al medicament o malgrat ell?

La dificultat per demostrar el benefici dels canvis en els estils de vida:

Atès que el 80% de càncers estan relacionats amb el tabac, l'alimentació i les conductes sexuals, fins on cal justificar els canvis en els estils de vida "raonables", atès que hi ha pocs estudis d'intervenció? Per recomanar fer exercici físic moderat, consumir aliments frescos i lactis i poca carn vermella, cal esperar als resultats d'assajos clínics?

La falta de proves suficients no vol dir que per força ens haguem d'abstenir en el consell. El fet que no hi hagi estudis d'intervenció a favor d'una dieta equilibrada no la fa tan poc recomanable com qualsevol altra. La prudència en aquest cas obliga a informar d'allò que no s'ha de fer, de les conductes alimentàries que poden ser perjudicials tot i les limitacions en les proves i que per tant és millor evitar.

Cal tenir present que si ens inhibim, el lloc del nostre consell el podrà ocupar qualsevol que vulgui col·locar la seva opinió, i que aquesta opinió pot estar basada en creences, o simplement ser perjudicial pel pacient. El poder que ens dona el coneixement s'ha d'exercir de manera raonable i en interès del pacient.

No maleficència

La prevenció s'aplica a persones que no tenen la malaltia o no se'ls ha detectat. Per tant, cal ser especialment prudents per no fer mal amb aquesta intervenció. En aquest sentit, les decisions poc fonamentades en les proves són maleficients ja d'entrada pel risc a que es sotmet a la persona. I a més, cal tenir en compte que en molts casos la persona tampoc hauria desenvolupat la malaltia. Finalment, en cas d'un resultat advers, la persona no haurà tingut temps de posicionar-se davant del seu emmalaltir, cosa que sí que podrà fer la persona que té símptomes.

L'evolució del coneixement mèdic fa que el límit entre beneficència i no maleficència sigui borrós i que variï amb el temps.

La prevenció ha desplaçat la curació com a principal instrument per mantenir l'individu sa. A més, l'estat de risc zero porta el camí de ser l'únic risc acceptable, fins al punt que l'individu podria identificar-lo com a únic objectiu possible. Un exemple extrem de medicalització el trobem en l'aplicació dels suposats factors de risc als EEUU, on només 1/2000 adults americans tenen bona salut (99.95% no estarien sans)⁴⁴.

Autonomia

L'autonomia també val en la prevenció:

En la prevenció secundària s'ha ressaltat sovint la paradoxa que sol·licitem el consentiment informat en el tractament de persones malaltes on el benefici individual és raonablement cert, i no el sol·licitem en la prevenció aplicada a persones sanes on el benefici individual és incert i els perjudicis són més freqüents del que es creu.

Des del punt de vista del pacient, si pot rebutjar tractaments curatius ben indicats, més podrà rebutjar activitats de prevenció ja que la malaltia encara no existeix i el benefici individual és incert. En aquest sentit, cal proporcionar al pacient informació veraç atenint-nos al valor de la lleialtat.

En el cas de la prevenció primària, les vacunacions tenen problemes ètics específics condicionats sobretot per la importància de la infecció a tractar, i pel dret individual a rebutjar la vacunació. La limitació d'aquest dret des del punt de vista ètic en cas que pogués perjudicar a tercers, s'exposarà més endavant. Pel que fa als canvis en els estils de vida, com hem dit, els professionals faran recomanacions (que els pacients també poden rebutjar) guiats més per la prudència que per les proves.

En el cas de comportaments addictius com el tabaquisme, l'autonomia pot suposar-se limitada (el fumador sol tenir dificultats derivades de la dependència alhora de deixar de fumar), però aquesta limitació, que sempre és parcial, cal resoldre-la amb la motivació i la persuasió més que no pas amb la imposició i la coacció. D'altra banda, considerar l'individu com a únic responsable de la seva addicció suposa ignorar, per exemple, el paper dels condicionants socials d'emmalaltir.

Les actuacions de prevenció terciària les tenim incorporades a la pràctica adreçada a tractar malalties i sovint tenim poc en consideració el principi d'autonomia. Hem de continuar millorant la participació del pacient en les decisions. La prevenció quaternària, centrada com està en la no-maleficència sembla haver-se oblidat de la necessària ponderació amb els altres principis. Cal ser crítics també amb la prevenció quaternària i incorporar la beneficència i les creences del pacient (autonomia). La decisió de retirar medicació que ha esdevingut fútil amb el temps, o la nostra negativa a posar en marxa proves de cribratge, per molt que es basi en proves, potser que s'hagin d'aplicar al llarg d'un període variable de temps considerant la idea de procés.

Hem d'informar bé al pacient perquè pugui decidir segons les seves preferències, però tenint en compte que podria haver-hi un biaix del professional: Tenim raons per suposar que no recomanem als pacients el mateix que triaríem per a nosaltres mateixos en una situació similar⁴⁵. Si això fos veritat, caldria revisar qüestions com la lleialtat cap al pacient o de quina manera ens posem al lloc de l'altre. El principi d'autonomia del pacient pot tenir també límits, quan entra en contradicció amb el

⁴⁴ Bambs C, et al. Circulation 2011; 123:850-857

⁴⁵ Ubel PA, Angott AM, Zikmund-Fisher BJ. Physicians recommend different treatments for patients than they would choose for themselves. Arch Intern Med. 2011 Apr 11;171(7):630-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21482835>

coneixement científic i amb l'equitat o fins i tot la justícia. Per exemple, quan cal abordar les demandes de fer una analítica cada any en una persona que no la té recomanada, o de prendre IBP o estatines quan no estan indicats.

Justícia

Hi ha diverses qüestions importants relatives al principi de justícia:

Tot el que deixem de fer a la consulta: Atès que el temps a la consulta és un bé molt escàs, tot el temps que dediquem a activitats preventives amb evidència insuficient o medicalitzadores l'haurem de sostraure del que dedicariem a altres activitats assistencials necessàries. Aquesta és una aplicació "fàcil" del principi de justícia, ja que seriem doblement maleficients amb el pacient.

Un supòsit un xic més complicat és quan dediquem temps i esforç individual a aconseguir objectius que seria més eficient procurar amb altres enfocats (amb abordatges poblacionals, en col·laboració amb agències alimentàries, de salut ambiental, etc.) o bé amb altres dispositius (serveis relacionats amb medicina del treball, oficines de farmàcia, etc.).

Amb una actuació poblacional potser es puguin aconseguir, per exemple, modificacions d'hàbits perjudicials per a la salut o millores en l'alimentació de la població de manera més eficaç i més eficient que l'acció individual que es fa des de les consultes d'atenció primària. Així mateix, la perspectiva poblacional és útil per aconseguir programes de cribratge més eficaços i amb millor cobertura i accessibilitat.

Les desigualtats socials en salut: les entenem com "aquelles diferències en salut injustes i evitables entre grups poblacionals definits pels seus aspectes socials, econòmics, demogràfics o geogràfics"⁴⁶.

La posició en l'escala social es relaciona de manera contundent, entre d'altres paràmetres, amb l'esperança de vida: Al nostre país, la diferència entre el decil de població amb renda més alta i el decil amb renda més baixa és de 10 anys i als EUA es de 15 anys⁴⁷.

Algunes característiques a tenir en compte en relació a la prevenció i les desigualtats socials en salut:

- Les desigualtats socials tenen sovint un impacte sobre la salut més gran que el de la majoria dels factors de risc convencionals⁴⁸.
- Sabem que les desigualtats tendeixen a augmentar, ja que en condicions favorables la salut de les classes més benestants millora més ràpidament que la salut de les menys benestants⁴⁹. Cal tenir-ho en compte per evitar els efectes de la nomenada "lleï de cures inverses" (que potser seria millor nomenar "lleï inversa

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 Vicenç Navarro. Las pensiones son viables. VIEJO TOPO, Julio-Agosto 2009. <http://www.vnavarro.org/?p=3839>

⁴⁸ Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-73
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 (consulta 21 octubre 2013): <http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/414.pdf>.

d'atenció sanitària", és a dir que qui menys necessita és qui més rep)⁵⁰. Tot i que cal advertir que la llei de cures inverses pot suposar un desavantatge també per a les classes altes, afavorint la medicalització i la iatrogènia.

Hi ha un component intrínsec en la desigualtat que la fa perjudicial per la salut. Això fa insuficient a més de poc eficient, l'abordatge únicament mèdic de la malaltia i de la mort.

- La desigualtat té un sentit relacional, segons les autores de **Las políticas para disminuir las desigualdades en salud**: "La desigualtat que es produeix es defineix relacionalment, en el sentit que el major poder i el millor accés als recursos per part de les persones més privilegiades està en relació amb el menor poder i pitjor accés de les més desfavorides"⁵¹.
- Aquest concepte de la desigualtat va més enllà del que entenem normalment per pobresa: Resulta que ser pobre en un país ric és més perjudicial per a la salut que ser encara més pobre però en un país molt pobre, fins i tot pel que fa a l'esperança de vida⁵². En aquest sentit el que trobem especialment greus les mesures que augmenten les desigualtats en els països rics, per exemple el real decret-llei que restringeix l'accés a la sanitat als immigrants i a d'altres col·lectius⁵³.
- Hi ha proves que reduint les desigualtats socials, milloren les desigualtats de salut⁵⁴.

A la vista de la importància de les desigualtats de salut caldrà reorientar l'enfocament actual de la prevenció, d'una banda disminuint les expectatives ja que l'impacte és limitat i, de l'altra, reorientant els recursos. En aquest aspecte, a més dels recursos econòmics caldrà reavaluar les activitats adreçades de manera indiscriminada a tota la població per centrar-les en els col·lectius amb més dificultats d'accés a l'atenció sanitària.

Per acabar cal recordar que fa pocs anys es va publicar un document d'anàlisi i un document de propostes per reduir les desigualtats de salut a Espanya promoguts i editats pel Ministerio de Sanidad y Política Social.

Les diferències de gènere: La medicina ha estat bastida per homes prenent l'ésser humà masculí com a model i s'ha donat per fet que les conclusions eren directament aplicables a les dones.

⁵⁰ Joan 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 ecosociales y cambio Global n 103, Otoño 2008.

http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf

⁵¹ Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-73

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

⁵² 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 ecosociales y cambio Global n 103, Otoño 2008.

http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf

⁵³ 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>

⁵⁴ 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.

http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

En els últims anys hem sabut que les coses no eren així. En el cas, per exemple, de la cardiopatia isquèmica hi ha diferències rellevants en la presentació clínica, el perfil i influència del risc cardiovascular i el pronòstic respecte als homes i també en l'abordatge, els intervals de temps fins la realització de proves diagnòstiques, l'aplicació de tractaments farmacològics i invasius, etc., que fan que sovint resultin en perjudici per les dones.⁵⁵ La prevenció de la malaltia en les dones s'ha fet seguint el mateix esquema, i no ha estat fins fa pocs anys que s'ha establert, per exemple, la falta d'eficàcia del tractament amb estatines per a la prevenció primària en les dones⁵⁶, o els diferents efectes de l'antiagregació plaquetària en la prevenció de la malaltia cardiovascular segons el sexe⁵⁷, fets que de moment han repercutit molt poc en les guies de pràctica clínica.

Aquest exemple no és més que el primer d'una llista més o menys llarga d'errors que perjudiquen les dones, i pretén ser l'alerta que ens porti a revisar les recomanacions sobre prevenció tenint en compte les diferències referides al fet de ser home o dona, siguin aquestes diferències biològiques, socials, simbòliques o d'altres tipus.

En el cas de la prevenció és especialment rellevant l'aspecte de la medicalització de la salut i de la vida de les dones. Cal recordar entre d'altres, els freqüents controls ginecològics, la consideració de la menopausa com a malaltia, l'afer de la teràpia hormonal substitutiva, la polèmica al voltant de l'osteoporosi, la vacunació contra el virus del papil·loma humà.

Els valors en la prevenció⁵⁸

Prudència: El maneig d'informació contrastada i la cura en posar en marxa procediments segurs minimitzant els riscos, són aspectes ineludibles quan es fa prevenció a la consulta. El discerniment que aporta la prudència és especialment útil per exemple en qüestions com l'ampliació del calendari vacunal.

Lleialtat: En el cas de la prevenció, l'intent de donar-li al pacient informació veraç i comprensible sobre els avantatges i limitacions dels procediments proposats, pot ser especialment difícil com ja hem vist. La veracitat de la informació implica una actualització acurada dels coneixements (Prudència, Dedicació). Com que els beneficis es plantegen habitualment a mig o llarg termini, convé no entestar-se a voler donar la informació i que el pacient hagi de prendre la decisió immediatament

⁵⁵ 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/revistas/revista-espa%C3%B1ola-cardiologia-25/influencia-sexo-mortalidad-manejo-sindrome-coronario-agudo-13127254-enfermedad-cardiovascular-mujer-estudio-situacion-espa%C3%B1a-2008>

⁵⁶ Miguel-García, F; Merino-Senovilla, A; Montero-Alonso, MJ; García-Ortiz, A; Sanz-Cantalapiedra, R; Maderuelo-Fernández, JA. La prevención según el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular: Una valoración crítica. Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 185-201. Disponible a : <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/05/la-prevencion-cardiovascular-segun-ceipc-una-valoracion-critica.pdf>

⁵⁷ 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—Vol 295, No. 3 (Reprinted) <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=202217>

⁵⁸ Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Compromís del metge/ssa de família. <http://compromis.camfic.cat/>

en una sola visita. Aplicar la idea de procés a la transmissió de la informació i a la deliberació que desemboca en una decisió revisable, pot afavorir tant al professional com al pacient.

Honradesa: Cal atendre la possible interferència dels interessos personals o de tercers en la selecció d'activitats preventives i en el seu compliment. La reflexió sobre els nostres conflictes d'interès (per exemple el compliment dels objectius de l'empresa, la nostra relació amb la indústria farmacèutica, etc.) ens permetrà discernir millor el que el pacient necessita i el que li pot ser beneficiós.

Respecte: El dret a decidir, un cop s'ha treballat amb el pacient la informació adient, representa també l'aplicació del valor del respecte. Cal evitar posar en marxa activitats preventives que no tinguin beneficis provats en qualsevol pacient però sobretot en la població anciana.

V. QÜESTIONS POLÈMIQUES

Decisió de no vacunar-se

Drets individuals i col·lectius en la decisió de no vacunar. Obligació o autonomia? El dret i deure de vacunar-se és individual? El risc per altres i els drets individuals.

En aquest tema el dilema ètic es dona entre el dret individual a la llibertat i a l'autonomia i el benefici en conjunt d'una societat.

És en aquesta situació on pot donar-se de forma important la paradoxa de Rose, en la qual una activitat sanitària pot ser molt important per una col·lectivitat però provocar un dany no menyspreable a la persona, per exemple si la vacuna del xarampió produeix una encefalitis. No obstant, la vacuna del xarampió és molt important per a la salut de la comunitat i dels seus individus. De fet, les persones que es neguen a vacunar-se poden fer-ho amb relativa seguretat perquè la majoria de la població està vacunada i això les protegeix (però això només val si són poques les persones que no accepten vacunar-se i es manté una elevada cobertura poblacional).

En aquest sentit, les persones que decideixen no posar-se vacunes d'eficàcia provada per la salut poblacional (poliomielitis, xarampió) es beneficien dels riscos que assumeixen els qui es vacunen. Les càrregues no es distribueixen equitativament, fet que va en contra del principi de justícia.

Com a professionals sanitaris, tant a l'àmbit privat com a l'àmbit públic, ens hauríem de posicionar pel benefici social, per les accions que porten un bé col·lectiu i aquest argument a favor de la justícia i el principi de reciprocitat són els que hem d'utilitzar quan un pacient ens pregunta què fer davant d'aquest tipus de vacunes. No podem defensar que uns pocs s'aprofitin de la majoria de la població assumint els beneficis sense assumir cap risc.

No obstant, com a metges d'aquest pacient individual se'ns planteja un dilema al fer una recomanació a favor de la justícia i la reciprocitat. No hem dit repetidament que el nostre primer compromís és amb el pacient? No estem traïnt la confiança que el pacient diposita en nosaltres a l'aconsejar-li una acció amb risc individual? El dilema existeix però advoquem per aconseguir un equilibri entre la lleialtat amb el pacient individual i la nostra lleialtat amb el conjunt dels nostres pacients i amb totes les altres persones de la comunitat.

En aquest sentit les càrregues i beneficis d'un programa vacunal han d'estar molt equilibrades a favor d'un bé col·lectiu important i demostrat, amb pocs i assumibles danys individuals. Si això no està ben indicat i la justificació no és clara, les decisions i llibertats individuals passen per davant de les recomanacions.

Al mateix temps la nostra lleialtat amb el pacient ens obliga, tot i posicionar-nos pel benefici social, a donar tota la informació de què disposem i aquesta informació ha de ser clara i honesta, tant pel que fa als beneficis com ara als possibles riscos. No obstant, quan es neguen a vacunar-se, cal indagar els motius de la negativa perquè sovint es basen en informacions falses o inapropiades (L'exemple de la relació fraudulenta del Wakefield⁵⁹ entre vacuna triple viral i autisme va calar en molta gent fent que molts pares no vacunessin els seus fills).

També, tant la societat en el seu conjunt, com ara els professionals sanitaris, estem obligats a reconèixer i assumir amb molta cura i responsabilitat un possible dany individual. S'ha de garantir igualment que s'assumirà el cost del dany individual plenament, i no s'abandonaran les persones i famílies afectades.

No tenim clar si aquest tipus de vacunes haurien de ser legalment obligatòries o s'haurien d'iniciar intervencions legals i coercitives. Probablement no cal prendre aquest tipus de mesures en moments en què no hi ha problemes de salut pública, però estarien justificades quan es produeix un brot epidèmic i no hi hagi una altra alternativa que la persona o el grup social consideri millor (per exemple, quarantena). Un exemple és el que va passar amb el brot de xarampió que es va produir a Andalusia a l'any 2011⁶⁰: en aquest cas es va donar autorització judicial per realitzar la vacunació forçosa dels nens no vacunats de l'escola on es va produir el brot.

Una reflexió diferent s'ha de fer en el cas de vacunes en les quals tant el benefici com el risc son individuals (tètanus per exemple). En aquest cas, és la persona la que exercint la seva autonomia (i assegurant que té tota la informació que necessita per prendre una decisió), ha de prendre la decisió que valori més adient. No obstant des de el sistema sanitari públic entra també en joc la justícia ja que és la societat la que ha d'assumir els costos si la persona emmalalteix, però en termes de contagi no s'afecta a tercers (no hi ha maleficència).

Què fer davant decisions de l'autoritat sanitària que no tenen prou justificació científica? Podem els professionals contradir l'autoritat sanitària? Com compaginar la lleialtat amb el pacient i amb la institució?

Les indicacions de l'autoritat sanitària han d'estar subjectes a les mateixes reflexions ètiques de qualsevol altra actuació de salut pública. Les autoritats sanitàries estan èticament obligades a pràctiques de bon govern i això implica transparència, independència, no deixar-se influir pels grups de pressió, etc.

⁵⁹ Deer B. Secrets of the MMR scare. How the vaccine crisis was meant to make money. BMJ 2011;342:c5258. Disponible (consulta 21 octubre 2013): <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5258>

⁶⁰ 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. http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_3/RS873C_257.pdf

La nostra primera lleialtat és sempre amb el pacient al que hem de protegir del possible dany que una decisió imprudent li pot provocar. En aquest sentit si les decisions de les autoritats no són adequades, no estan basades en l'evidència, no són independents i/o no són transparents, com a professionals sanitaris i població en general, tenim l'obligació ètica i moral de qüestionar-les. El que va passar amb la vacuna de la grip A és un cas paradigmàtic de crítica dels professionals a una decisió de les autoritats sanitàries⁶¹.

No obstant, qüestionar les decisions de les autoritats sanitàries comporta danys (almenys crea desconfiança). Caldrà doncs, ser molt prudents. Tot i criticar les accions preventives poc justificades, en ocasions potser haurem d'optar per no ser actius en desaconsellar a la població. El que sí haurem de donar és la nostra opinió de forma clara quan algú ens ho demani.

Això sí, sempre hem de ser molt pro actius amb la pròpia administració i qüestionar sense cansament aquestes decisions, que a més afecten al principi de justícia (costos molt elevats, tenint en compte que es retallen serveis), tal com es va fer amb "gripecalma" ⁶⁵ durant la vacunació de la grip A.

• Els professionals sanitaris tenim l'obligació de vacunar-nos?

Èticament estem obligats a adoptar determinades mesures personals si aquestes protegeixen als nostres pacients. En canvi, no hi ha cap discussió ètica sobre la nostra obligació a adoptar una mesura que no estigui tècnicament justificada.

Aquest és el cas de la vacuna de la grip. Durant la tramitació de la "Ley General de Sanidad" es van sentir veus que plantejaven l'obligatorietat que els professionals es vacunessin de la grip. La iniciativa no va prosperar però amb l'epidèmia de grip A es va posar de nou sobre la taula, i alguns centres sanitaris van coaccionar als seus professionals perquè es vacunessin. Això es repeteix cada any durant la campanya de la vacunació antigripal.

L'argumentari per aplicar aquesta mesura és que els professionals transmetem el virus gripal als nostres pacients i podem empitjorar la seva salut. Això no està demostrat i per tant no hi ha discussió ètica i els professionals són lliures de prendre una decisió individual perquè no afecta a la salut comuna o d'un col·lectiu^{62 63}.

Per contra, hi ha evidència que els professionals d'atenció primària encomanem malalties als nostres pacients si no ens rentem periòdicament les mans a les consultes. En aquest cas èticament estem obligats pel principi de no maleficència a rentar-nos les mans després d'atendre a un pacient, perquè el bé col·lectiu dels

⁶¹ *Gripe y calma: un grupo sanitario virtual ante la gripe A (2009-2010)*. Disponible (consultat 21 octubre 2013): <http://gripecalma.wordpress.com/>

⁶² Cochrane review. Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly (Review). *The Cochrane Library*. 2010, Issue 2. <http://summaries.cochrane.org/CD005187/influenza-vaccination-for-healthcare-workers-who-work-with-the-elderly>

⁶³ 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 a (consulta 15 novembre 2013): <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005187.pub4/abstract>

nostres pacients es més important que la nostra incomoditat, mandra o dèria personal⁶⁴.

Els gestors, direccions d'empreses sanitàries etc. no tenen dret a preguntar-te si estàs o no vacunat de la grip, aquesta és una dada confidencial. Només es podria plantejar obviar la confidencialitat dels treballadors sanitaris si hi ha evidència demostrada del bé pels pacients (principi de justícia i no maleficència).

Les recomanacions sobre estils de vida.

Tenim prou evidències de beneficis en salut per recomanar a les persones canvis en els seus hàbits? Si no les tenim, quin dret hi ha d'immiscir-se en les seves vides? Les recomanacions s'acompanyen d'una valoració que és possible i adequat per a la persona modificar la conducta i posar en marxa els canvis?

Recomanar canvis de conductes a les persones no és mai una activitat innòcua, pot ser beneficiosa o iatrogènica. Sempre suposa una interferència en la vida de la persona dir-li allò que han de fer des de l'autoritat que ens dóna la posició de metge . Hi ha poques evidències en el benefici dels estils de vida sobre la salut, és per això que tenim l'obligació de ser honrats i reconèixer la ignorància de la ciència (i la nostra) en molts d'aquests temes.

Quan hi ha evidència, com per exemple en deixar de fumar, el nostre consell ha de ser clar recomanant als nostres pacients el canvi de conducta. Ara bé, a més de l'evidència hem de valorar la potencial beneficència i l'oportunitat del nostre consell en el pacient particular que tenim davant, i sempre respectar l'autonomia de la persona per decidir canviar o no.

Així per exemple no és oportú fer un consell d'abandonament de l'hàbit tabàquic a un pacient esquizofrènic que està en brot. Un consell proactiu en un moment emocional inadequat del pacient pot ser com a mínim fútil.

Quan no hi ha evidència o aquesta és molt feble, hem d'actuar amb prudència i sensatesa, i transmetre sempre la incertesa en què ens movem (podem posar exemples com ara el consell de no menjar peix blau en persones amb colesterol elevat que donàvem als nostres pacients fa uns anys). Hi ha masses consells inútils que alteren la vida de les persones!

Quan el consell sembla raonable, hi ha molta cultura mèdica que ho avala (malgrat la manca d'evidència) i no hi ha risc de fer mal (per exemple: fer exercici,...) podem transmetre aquesta recomanació assenyada sempre de forma prudent i transmetent també la incertesa. És a dir, quantes menys proves tenim del benefici d'una recomanació més oberta i dialogant ha de ser la nostra actitud i el nostre consell.

Moltes vegades tendim a recomanar a persones d'altres cultures canvis en conductes que estan molt arrelades en la seva cultura i els seus valors quan no s'ha

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Disponible en (consulta 13 octubre 2013): <http://www.who.int/patientsafety/es/>

demostrat que les nostres conductes i valors siguin millors. Freqüentment fem recomanacions basades en les nostres creences i valors i en el que nosaltres faríem, donant una impressió d'aspecte científic demostrat.

Per exemple, alguna de las cultures dels nouvinguts a Catalunya mantenen al seu fill petit al llit de la parella fins que el nen és bastant gran o el substitueix un nounat. No és infreqüent que alguns professionals aconsellin que abans de l'any han de treure al nen del llit sense que hi hagi evidència que una cosa sigui millor que un altre. En aquests casos podem ser maleficients i no estem respectant l'autonomia de les persones. És important tractar aquests temes amb molta serenitat, ser molt prudents i la majoria de vegades millor no ficar-nos-hi, i sobre tot mai jutjar aquestes pràctiques com a dolentes o perjudicials.

Evidentment aquesta reflexió no afecta a aspectes culturals que clarament atempten contra els drets humans (com seria el cas, per exemple, de l'ablació de clítoris); en aquests casos, la prevenció és fonamental per evitar que es duguin a terme aquestes pràctiques tradicionals.

Els programes preventius sense evidència (Pla de calor..). Què fer?

Si els programes són fútils⁶⁵ per si mateixos són maleficients perquè medicalitzen la vida de les persones sense beneficiar-les, les infantilitzen i les fan dependents dels sistemes sanitaris. A més és una manera de malbaratar recursos públics (principi de justícia).

El Pla de calor es un exemple de programa fútil que a més a més és molt poc respectuós amb les persones que, si són competents, són prou assenyades per saber que quan fa calor s'ha de beure i cal protegir-se. Què fer en aquests casos?: no fer el programa, retornar materials, fer informes pel Departament demanant la supressió dels citats programes en base a la maleficència i al principi de justícia.

La prevenció basada en proves: Tot el que pot fer-se en activitats preventives basades en proves ha de fer-se? I ha de fer-se en aquest pacient?, Qui ha de prendre la decisió?, Com hem d'informar?

És clar que per indicar una activitat de cribratge és imperatiu que després amb el resultat es pugui fer quelcom. És a dir, com primera premissa la detecció precoç ha de comportar un benefici per al pacient i per tant, no farem cribratges ni proves, si no es pot fer res per canviar la història natural d'allò detectat o no és moment per fer actuacions (Exemple densitometria als 50 anys quan el tractament de l'osteoporosi no està indicat abans dels 65 anys, cribratge de la demència quan no hi ha tractament efectiu). Si és una demanda del/la pacient hem d'exercir l'ètica de

⁶⁵ Fútil: "de no gens importància, de què no val la pena d'ocupar-se. Que s'ocupa de coses que no valen la pena" (Diccionari de la llengua catalana. Fundació Enciclopèdia Catalana; Barcelona, 1982).

"...la futilitat fa referència a l'intent d'aconseguir una cosa quan les possibilitats d'assolir l'èxit són més que improbables. Es tracta de fer una cosa amb les eines inapropiades. Mai pot tenir èxit". 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: 235-44.

la negativa⁶⁶ i explicar-li la nostra obligació de no fer-li mal. En aquest cas la confiança, la relació amb els pacients i les habilitats d'informar i comunicar són les nostres fortes per negar-nos a fer-li mal.

Però, fins i tot en els casos en què es poden fer actuacions sobre el resultat, cada vegada les evidències sobre el benefici individual dels cribratges, i més dels cribratges poblacionals, són més febles i adquireixen més força les conseqüències que la prevenció basada en proves té sobre el sobrediagnòstic i el sobretractament (Exemple: CA de mama, CA de pròstata, CA de colon). En aquests casos hem de ser molt prudents i posar en valor l'ètica de la ignorància compartint amb els/les pacients allò que la ciència mèdica desconeix i els límits de la medicina⁶⁷. Els pacients han de ser informats dels beneficis i riscos del cribratge i d'una manera compartida amb el seu professional de referència han de prendre la decisió.

Això situa el professional davant un gran compromís ja que hem d'estar molt informats de l'evidència disponible (molt canviant en aquests temes), i hem de tenir moltes habilitats per saber comunicar el risc de fer i de no fer la prova i poder prendre una decisió ben informada. Tot un repte!

Si la raó benefici/risc del cribratge es desfavorable perquè els beneficis no es coneixen i els riscos són importants o no es coneixen, hem de recordar que la nostra primera lleialtat és sempre amb el pacient, que passa davant de la lleialtat amb l'administració i l'hem d'informar d'aquest fet.

No obstant, novament, i tal com dèiem a l'apartat de **Què fer davant decisions qüestionables de l'autoritat sanitària**, el context ens imposa prudència (i serenitat), i també un conflicte ètic (amb l'obligatorietat de ser honrats amb tots els nostres pacients). El cribratge del càncer de mama està socialment molt acceptat i molt poc qüestionat i les incerteses científiques (a favor i en contra) encara no estan totalment resoltes. Segurament no s'informa prou a les dones dels pros i els contres del cribratge del càncer de mama, per afavorir que puguin decidir d'una forma més autònoma i raonada si hi volen entrar. O potser només ho fem en aquelles dones que ens demanen consell, quan ho hauríem de fer a totes.

En el cas del càncer de pròstata, on no hi ha un programa poblacional, ni un posicionament a favor de l'autoritat sanitària i on les evidències científiques són cada vegada més clares en contra del cribratge, la nostra actitud ha de ser més proactiva i la informació dels riscos i beneficis de determinar el PSA ha de ser més

⁶⁶ L'ètica de la negativa consisteix en frenar amable i contundentment les demandes descontrolades i oferir alternatives prudents i científiques. Mitjançant informació clara i comprensible es tracta de fer entendre al pacient el principi de no maleficència que hi ha darrera d'una negativa. Tot i això hem de considerar que la negativa es una llacuna històricament cultural dels metges de primària.

Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Disponible a (consulta 21 octubre 2013): <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>

⁶⁷ Ètica de la ignorància: compartir amb els pacients els límits en els coneixements preventius actuals de la Medicina

Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Disponible a (consulta 21 octubre 2013): <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>

general, i hem d'informar a la població general i sobre tot als nostres pacients quan ens demanen que li fem el PSA.

Aquestes dues situacions posen de manifest que l'actuació i aplicació dels principis ètics depèn molt del context en el qual exercim la nostra professió en cada moment, i que els valors de serenor i prudència ens permeten prendre decisions ponderades en cada circumstància concreta.

La prudència en l'etiquetat de factors de risc: Hipertensió arterial, Dislipèmia

El diagnòstic com a cascada. L'efecte etiqueta. La transformació del risc en malaltia. El sobrediagnòstic i sobretractament. Primer de tot *non nocere* i prevenció quaternària

L'etiqueta diagnòstica és la que inicia la cascada d'actuacions mèdiques, per tant, abans de posar una etiqueta pensem-ho molt bé. Sempre, però, i més quan parlem de factors de risc i no de malalties, és important ser molt prudents, limitar els esforços diagnòstics i no caure en la cerca heroica d'una etiqueta. Considerar cada persona en conjunt i com a única amb les seves circumstàncies. És en aquests casos que hem de posar en pràctica la reflexió i l'escepticisme crític i ser molt prudents.

Per què etiquetem factors de risc sobre els que no hauríem d'actuar? (Per exemple: dislipèmia en població sana i en població gran). Com ja hem dit per als cribratges, si la conseqüència d'una acció és no fer res per què fer-la? Si no farem prevenció primària en el tractament de la dislipèmia en la majoria de persones sanes o no farem tractament farmacològic d'aquesta en pacients grans, per què fer determinacions de lípids? I, sobretot, per què posem l'etiqueta en la història clínica d'aquests pacients? L'efecte etiqueta sempre és un sotrac per als pacients i per sí mateixa és maleficient: converteix en malaltes a persones sanes, medicalitza, atemoreix, genera hipocondria, etc. Tot i la pressió de la nostra comunitat científica i també de la població hem d'intentar protegir els nostres pacients dels efectes nocius d'aquestes actuacions sent molt prudents en les nostres decisions, evitant etiquetes que no son útils, no cedint a les pressions de l'entorn i relativitzant les recomanacions de les guies i dels objectius.

L'ètica en la prevenció de la polimedicació (prevenció terciària)

Hi ha prou evidència que la polimedicació és una font més de malaltia i pitjor pronòstic. Per aquest motiu i, sobre tot, en gent gran que habitualment és la més polimedicada, hem de preguntar-nos: realment aquesta persona necessita tots el fàrmacs, o hi ha algun fàrmac prescindible?, quin es l'objectiu de salut a aconseguir en aquesta persona? (exemple: quin és l'objectiu de control de la diabetis mellitus en una persona més gran de 75 anys?).

La polimedicació és una font de maleficència, per tant, i més en gent gran. Èticament i per seguretat del pacient ens hem de plantejar la deprescripció, tenint en compte l'edat, la seva esperança de vida i totes les altres circumstàncies del pacient.

Però també en gent jove hem de prevenir la polimedicació.

La polimediació no es genera d'un dia per l'altre, sinó que es va generant poc a poc a base d'anar afegint fàrmacs. Es per això que hem de ser molt prudents cada vegada que a una persona li afegim un medicament crònic i recordar que no hi ha fàrmacs per a tota la vida.

Hem de tenir en compte que no tot el que es mostra eficaç en els assajos clínics, s'ha de fer. S'ha de considerar també la *càrrega terapèutica* que és la capacitat que cada pacient té per assumir fàrmacs, de manera que podent-se beneficiar de diferents fàrmacs pot ser més important triar uns i no altres, assumint que no els prendrà tots (principi de beneficència).

Hem de fer procediments de prevenció terciària a les persones que no modifiquen els hàbits de vida causants/o que empitjoren les seves malalties?

La negació a seguir les recomanacions. El perill de la inequitat i la llei de cures inverses

El sistema sanitari ha d'assumir la revascularització en un pacient amb cardiopatia isquèmica fumador que no està disposat a deixar de fumar? El sistema sanitari ha de fer un trasplantament de fetge si el pacient continua consumint alcohol? Podem dir-li a un pacient amb MPOC que si no deixa el tabac no cal que continuï venint a les nostres visites? I a un pacient diabètic que no fa la dieta podem deixar de controlar-lo?

Sovint les persones no poden decidir lliurement sobre els seus hàbits, estan molt condicionades per l'entorn social que els ha tocat viure. Els estils de vida estan influïts per aspectes relacionats amb l'estatus social i econòmic. I encara que no podem atribuir a aquests condicionants tota la responsabilitat dels hàbits en salut, si que hem de reconèixer que tenen molta influència. Darrera d'uns hàbits no saludables moltes vegades existeix un problema de dependència o unes condicions de vida dures. A més, hem d'assumir que tothom pot canviar, si no ara, en un futur.

Tenim doncs el deure de no abandonar a cap persona independentment de les seves conductes, i d'altra banda l'equitat i la justícia ens diu que hem de donar més a qui més ho necessita i no caure en la llei de cures inverses. Per tots aquest motius si tècnicament es pot fer la intervenció i els beneficis per a la persona són demostrables, encara que continuï amb la conducta de risc, no podem ni excloure ni castigar la persona, i s'ha de fer l'atenció i les intervencions de la mateixa manera que en un altre.

La prevenció quaternària pròpiament dita: Etiquetant el malestar i el patiment vital. La invenció de malalties. L'efecte etiqueta. Les queixes psicològiques i la prevenció quaternària

La prevenció quaternària esdevé fonamental en qualsevol àmbit, però potser especialment en el de la salut mental. És important evitar la medicalització de processos psicològics que no constitueixen malaltia, així com l'excés d'actuacions del sistema sanitari en pacients psiquiàtrics. L'ús de neurolèptics en ancians, la medicalització del dol o el foment de la dependència en pacients amb patologia mental, en comptes de la seva autonomia, són alguns exemples d'actuacions a obviar.

Contínuament ens bombardegen amb el fet que a l'atenció primària infradiagnostiquem la patologia mental. Però, es tracta d'evitar el sobrediagnòstic i el sobretractament dels problemes-malestars psicosocials que no són estrictament patològics. Fins i tot és bàsic relativitzar quadres que podrien entrar en alguna etiqueta del DSM-IV quan són lleus, atès que l'etiqueta no aportarà beneficis per al pacient, més aviat al contrari, introduirà iatrogenia en la mesura que medicalitza, desresponsabilitza, infantilitza, i treu autonomia i recursos personals.

Sembla clar que actuar sobre la normalitat des del sistema sanitari fa mal (exemple: amb l'evidència que disposem, actuar sobre el dol normal amb teràpies reglades -teràpies de grup, teràpies psicològiques...- a l'atenció especialitzada endarrerix l'elaboració del dol)⁶⁸.

No obstant aquestes demandes arriben a les nostres consultes. Què fer? Com actuar per no ser maleficients? Amb prudència i serenitat, sense precipitar-nos i sense posar ràpidament una etiqueta. Aprendre a retornar i treballar amb el pacient la normalitat del que li passa. Explicar-li que el que li passa és normal, que no indica patologia, que el més probable és que es resolgui sense necessitat de fàrmacs, és la nostra responsabilitat per evitar la maleficència.

Tot i això com a metges d'AP hem d'acollir les queixes i el patiment, acompanyar els processos (tot i la seva normalitat) per veure'n l'evolució.

L'edat del pacient i la valoració de la seva esperança de vida, com influeix en les actuacions i recomanacions preventives? Hem d'actuar igual en joves que en grans?

A cada edat o situació cal seleccionar el tipus de prevenció adequada. L'objectiu dels tractaments i recomanacions en gent gran són diferents que en gent jove. L'esperança de vida d'una persona marca uns objectius diferents. Què hem de prevenir en una persona de 90 anys? Hem de dir-li a una persona de 80 anys que ha de deixar de fumar? Si sempre hem de ser prudents en les recomanacions preventives, en gent gran hem de ser molt més prudents, perquè els beneficis de la prevenció en aquestes edats són molt més qüestionables i les evidències molt més febles, ja que es una població que sovint no s'inclou als assaigs clínics. En persones d'edat avançada és probable que haguem d'incidir més en mesures per evitar caigudes, la malnutrició, o el restrenyiment i menys en el tabac o el colesterol.

La medicina genòmica i la medicina personalitzada.

El saber abans d'hora serà beneficiant? I maleficient? Les actuacions preventives en persones amb canvis genètics.

La medicina personalitzada i els estudis genètics son ja una realitat i ens ofereixen conèixer el nostre futur en termes de salut. No obstant, hem de considerar que aquests temes estan en les beceroles, que l'evidència científica és molt feble, i que de moment el futur no és controlable. La poca consistència científica de la medicina

⁶⁸ Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Yatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Publica. 2011. 85(6):513-25.

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

genòmica ha fet que autors com Vicente Ortún hagin encunyat el terme "genomància", terme amb el que tracta de remarcar que la medicina genòmica és un acte endevinatori del futur gairebé en la línia de la quiromància.^{69, 70}

Cal recordar aquí que en canvi hi ha moltes evidències que allò que més prediu el futur de la nostra salut i la nostra esperança de vida és la classe social i que, com diuen molts experts, "és més important el codi postal que el codi genètic"⁷¹.

La genètica és incerta i en general només es mou en el terreny de quina probabilitat tenim de desenvolupar una malaltia en un futur. I fins i tot en el terreny de la probabilitat també les seves prediccions són febles. Així, tenir el gen de la fibrosi quística o de l'esquizofrènia no dona informació sobre quina és la probabilitat de desenvolupar la malaltia.

El risc que les persones amb canvis genètics associats a una major probabilitat de patir una malaltia siguin considerats com a pacients i se'ls proposin actuacions en funció d'aquesta probabilitat ja és una realitat. El que es fa és transformar un risc, incert en molts casos, en malaltia i aquest fet pot ser maleficient. Tanmateix pot ser maleficient conèixer les coses abans que succeeixin, sobretot si no podem fer res per canviar el curs i la història natural de la probable malaltia (exemple malaltia de Alzheimer)

Llavors, què respondre quan un pacient ens demana consell per fer-se una prova perquè un familiar té una malaltia que pot ser genètica? En primer lloc tenim l'obligació d'informar a la persona i assegurar que entén que si l'estudi genètic li surt positiu vol dir que té una probabilitat **X** de tenir la malaltia en un futur no la seguretat de tenir-la, que sap què es pot fer per canviar el possible risc, en definitiva que està prou informada per prendre una decisió (autonomia). A més, hauríem de potenciar en el pacient la reflexió sobre els efectes que pot tenir per la seva tranquil·litat i la seva salut mental el fet de conèixer quelcom del futur que no és segur que passi, o que no es pot modificar (maleficència).

Arrel del cas d'una actriu americana que es va fer mastectomia bilateral preventiva del càncer de mama després d'un estudi genètic, s'ha desencadenat un debat on es posen en joc molts aspectes ètics. El primer és el fet que les proves genètiques tinguin patent i que fer-se aquesta prova tingui un cost que la fa assequible a unes persones i no a d'altres, aspecte que afecta el principi de justícia. S'ha de demanar que el genoma sigui un bé públic, no només per la utilització clínica, sinó -i fonamental-, pel que fa a la informació i la recerca.

A més, quan el resultat pot comportar procediments tan agressius i mutiladors com la mastectomia i ooforectomia bilateral s'ha de ser molt prudents prèviament a la

⁶⁹ Gervas J. Dice que predice, pero solo lucro produce. Genomancia es, que no genética. Acta sanitaria, El Mirador:04/06/2012. Disponíbel (consulta 25 octubre 2013) <http://www.bolinf.es/wp/archives/44877>

⁷⁰ Ortún Rubio V. La refundación de la Atención Primaria.Madrid:Springer Healthcare Communications Ibérica SL;2011.

⁷¹ Robert Wood Johnson Foundation. Health Care's Blind Side. The overlooked connection between social needs and good health (2011)

determinació genètica i en les decisions posteriors, atès que tot plegat pot ser molt maleficient i iatrogènic. Les dones han d'estar informades que de moment el fonament científic és feble i s'hauria d'oferir la prova només a les persones de molt alt risc (en el cas del càncer de mama a les dones de molt alt risc familiar). Les dones d'alt risc familiar amb gens BRCA mutats han de conèixer totes les possibles alternatives per la reducció del risc com ara intensificar vigilància, tractament amb tamoxifè... S'ha d'assegurar que les dones entenen bé els beneficis i riscos de cada una de les alternatives. En aquests sentit les guies de recomanacions com l'elaborada per la NICE poden ser molt útils⁷² perquè els metges de família puguin donar informació i compartir les decisions amb els pacients.

Ètica en investigació sobre prevenció. És important la pertinença en la recerca en prevenció? Forma part de l'ètica retornar els resultats a la societat i a la població diana?

La recerca en prevenció ha de tenir els mateixos aspectes ètics que d'altres investigacions. Ha de ser rellevant, vàlida científicament, publicar els possibles conflictes d'interessos, passar per la revisió d'un CEIC, etc. Per ampliar tots aquest aspectes adreçem el lector al document "L'ètica en la recerca en atenció primària"⁷³:

En la recerca en prevenció és especialment important:

La pertinença de la recerca. No tenim evidències sobre efectes dels estils de vida en la salut i per contra hi ha recerca redundant d'activitats preventives amb fàrmacs (exemple tractaments farmacològics de l'osteoporosi). És per aquest motiu que la pertinença esdevé un principi ètic cabdal a la recerca en prevenció.

Publicar els resultats negatius ja que el biaix de publicació produeix una important sobreestimació de l'efectivitat de les activitats preventives i una infraestimació dels seus efectes adversos.

Comunicar els resultats basats en el risc absolut en lloc de risc relatiu. El risc relatiu impedeix extraure aplicabilitat i rellevància clínica (Exemple: fractura en osteoporosi tractada o no tractada. Risc relatiu: el tractament redueix les fractures el 50%, risc absolut: amb tractament es dona 1 fractura de cada 100 persones i sense tractament 2 de cada 100 persones).

⁷² Familial breast cancer: summary of updated NICE guidance. BMJ 2013;346:f3829

⁷³ L'Ètica en la Recerca en Atenció Primària. Grup d'Ètica de la CAMFiC. Disponible (consulta 25 octubre 2013): http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/CORR_Recerca_e.pdf

VI. PUNTS CLAU

- ✓ Totes les activitats mèdiques, també les preventives, poden comportar beneficis i danys. Els danys d'un programa preventiu són immediats, els beneficis triguen més temps en aparèixer.
- ✓ L'actitud quaternària, en el sentit d'evitar els danys provocats per l'activitat mèdica excessiva i innecessària, s'ha de convertir en una activitat cabdal tant en el camp curatiu, diagnòstic i terapèutic, com ara en el propi camp de la prevenció.
- ✓ La prevenció s'aplica a persones que no tenen la malaltia o no se'ls ha detectat. Per tant, cal ser especialment prudents per no fer mal amb aquesta intervenció.
- ✓ Les intervencions preventives han de tenir una relació risc/benefici molt clarament a favor del benefici.
- ✓ Les activitats preventives poden medicalitzar a la població sana i això ja és per sí mateix un dany. La possibilitat de convertir en malaltia la normalitat és perillós i maleficient
- ✓ Els programes que han demostrat eficàcia en una investigació han de ser efectius quan s'ofereixen com a servei.
- ✓ Tots els programes de cribratge ocasionen danys, alguns també poden generar beneficis.
- ✓ L'autonomia també s'ha d'aplicar en les propostes preventives i s'ha de donar al pacient tota la informació respecte a la prova plantejada, tant de potencials beneficis com de riscos, i facilitar així la decisió informada.
- ✓ La nostra primera lleialtat és amb el pacient, fins i tot davant de recomanacions de l'administració sanitària.
- ✓ Cal ser encara més prudents en l'aplicació de mesures preventives en persones amb esperança de vida curta.
- ✓ La polimedicació és una font més de malaltia.
- ✓ Posar una etiqueta de factor de risc o de malaltia pot ser maleficient perquè pot desencadenar un cascada terapèutica.
- ✓ Tenim l'obligació d'aplicar-nos, com a professionals, mesures preventives que siguin útils per no transmetre malalties als nostres pacients.
- ✓ Les desigualtats socials tenen major impacte sobre la salut que la majoria dels factors de risc convencionals.

- ✓ No és just que dediquem temps a activitats de prevenció fútils o perilloses: el robem a activitats d'assistència més útils.
- ✓ No és just deixar de vacunar-se amb vacunes d'eficàcia provada pel risc dels efectes secundaris, aprofitant l'efecte beneficiós de la vacunació de la major part de la població.

VII. RECOMANACIONS PRÀCTIQUES

- Sigues crític, també , amb la prevenció: no sempre prevenir és millor que curar.
- Explica als teus pacients els avantatges i perills de qualsevol activitat preventiva. Promou que ells decideixin.
- Sigues prudent a l'hora d'adjudicar un factor de risc o un diagnòstic a una persona, pot ser maleficient
- Recomana només activitats preventives amb un clar benefici.
- Practica la prevenció quaternària: pensa abans de recomanar una activitat, una vacuna, un tractament...
- Procura fer entenedors als teus pacients el risc d'emmalaltir o la seva disminució que usem els metges comparant amb riscos quotidians.
- Sigues prudent a l'hora de recomanar canvis d'estils de vida.
- Sigues actiu amb els teus companys en denunciar i discutir les decisions poc raonables de l'administració pública en prevenció. Sigues prudent en parlar-ne amb els pacients.

BIBLIOGRAFIA

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.

Jamoulle 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

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.

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 conceps 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.

ANNEX 1. Diferents tipus d'activitats preventives

Les activitats preventives que es fan tant a nivell individual com poblacional es poden classificar en quatre tipus:

La prevenció primària és aquella que tracta d'evitar el dany quan encara no hi ha malaltia. Aquí entrarien els consells (per exemple: el consell del metge de família per deixar el tabac) i les vacunes.

La prevenció secundària és la que tracta de disminuir la mortalitat i/o millorar la morbiditat i la qualitat de vida diagnosticant i tractant precoçment les malalties. Aquest tipus de prevenció engloba tots els cribratges (cribratge de càncer de mama, de pròstata, de colon... cribratge per diagnosticar diabetis, hipertensió...).

La prevenció terciària engloba les accions que es porten a terme amb persones malaltes o que han passat una malaltia per evitar reincidències i millorar la seva qualitat de vida (tractament de la dislipèmia en pacients amb cardiopatia isquèmica, programa de rehabilitació en pacients que han patit un infart cerebral, evitar la polimedicació en gent gran, evitar els tractaments amb benzodiazepines en gent gran...).

La prevenció quaternària fa referència a les activitats sanitàries que es posen en marxa per evitar el dany que poden provocar les intervencions del sistema sanitari. És una activitat preventiva que tracta de evitar el sobrediagnòstic i el sobretractament, i la medicalització, sobretot quan no hi ha malaltia. A nivell d'ètica la prevenció quaternària fa referència bàsicament al principi de no maleficència i posa en valor el clàssic "*primum non nocere*".
http://es.wikipedia.org/wiki/Prevencion_cuaternaria

Figura 1. Diferents tipus de prevenció tenint en compte la visió del metge/ssa i la del/la pacient.

TIPUS DE PREVENCIÓ			Visió metge/ssa	
			Malaltia	
			Absent	Present
Visió del/la pacient	Emmalaltir	Absent	<u>Prevenció primària I</u> Malaltia absent/emmalaltir absent (Consells estil de vida i vacunacions)	<u>Prevenció secundària II</u> Malaltia present/emmalaltir absent (Cribratges)
		Present	<u>Prevenció quaternària IV</u> Malaltia absent/emmalaltir present (Inclou "sans preocupats")	<u>Prevenció Terciària III</u> Malaltia present/Emmalaltir present (Evitar reincidències)

Font: 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

Encara que la prevenció quaternària es dona bàsicament quan hi ha queixes però no hi ha malaltia (quadrant inferior esquerra de la figura 1), i això inclou també "als sans preocupats", una actitud quaternària es pot tenir en cadascun dels quadrants, atès que en tots i cadascun dels quadrants es poden atenuar o evitar les intervencions excessives o innecessàries del sistema sanitari.

Entesa així, la prevenció quaternària (actitud quaternària,) en el sentit ampli d'evitar els danys provocats per l'activitat mèdica, es converteix en una activitat cabdal tant en el camp curatiu, diagnòstic i terapèutic, com ara en el propi camp de la prevenció⁷⁴. Fer prevenció quaternària implica reconèixer que les activitats mèdiques estan provocant molta iatrogènia sobretot en els països desenvolupats, abandonar l'arrogància que moltes vegades caracteritza a la professió i substituir-ho per una veritable actitud d'humilitat. A la taula 1 es posen alguns exemples de prevenció quaternària a les nostres consultes.

⁷⁴Barbara Starfield, Juan Gérvas . Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria?. El Médico.2009.1104.

Taula 1. Exemples d'activitats de prevenció quaternària a les consultes d'Atenció Primària

Quan dic a una persona que inicia un dol que estar trist és normal, que no té cap malaltia i que no ha de prendre fàrmacs, estic fent prevenció quaternària.

Quan informo a un pacient que demana el PSA dels pros i contres de la detecció precoç del càncer de pròstata, faig prevenció quaternària.

Quan evito els tractaments hormonals en les dones menopàusiques, estic fent prevenció quaternària.

Quan informo als pacients que no és necessari tractar les dislipèmies en les persones sanes, faig prevenció quaternària.

Quan reviso tota la medicació que pren una persona gran polimedicada per veure si tota és imprescindible, tinc una actitud quaternària.

.....

ANNEX 2. Què hem de demanar-li, exigir-li a les activitats preventives

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

Què hem de demanar a les activitats preventives?⁷⁵

- ROBUSTESA CIENTÍFICA I EVIDÈNCIES MOLT SÒLIDES:
 - Eficàcia, efectivitat, seguretat, eficiència i equitat demostrades. Sobretot en prevenció primària atès que actuem sobre gent sana
 - Raó risc/benefici molt favorable!
- IMPACTE PER A LA SALUT INDIVIDUAL I POBLACIONAL DEMOSTRADA
 - Pertinent i clínicament rellevant
- ACCEPTABLE INDIVIDUAL I SOCIALMENT I AMB SUPORT PROFESSIONAL
- QUE EXISTEIXI UNA AVALUACIÓ DE LA SEGURETAT
 - Dels falsos positius i sobrediagnòstic i dels falsos negatius
 - Dels efectes secundaris dels fàrmacs, si s'escau, i dels procediments
 - Dels efectes per la persona individual en termes d'ansietat i estatus de persona amb un risc i/o malaltia (efecte de l'etiqueta)
 - Del que significa en termes de medicalització de la població
- QUE TINGUI AVALUACIÓ DE L'EFICIÈNCIA:
 - La intervenció és cost-efectiva per la millora de la salut de la població?
 - Els resultats esperats justifiquen els costos (no només en diners sinó en dedicació del sistema)?
 - Què es deixa de fer? A quina població afecta el que es fa i el que es deixa de fer?

⁷⁵Manual de colaboracion Cochrane sobre revisiones sistemáticas de intervenciones. <http://www.cochrane-handbook.org>

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

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

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

Què hem de demanar als programes de cribratge?

Els criteris que ha de tenir una prova de cribratge van ser definits per Wilson i Jungner el 1968⁷⁶ i es descriuen a la **taula 1**. Aquests criteris no valoraven suficientment els danys produïts pels programes de cribratge, no eren suficientment clars pel que fa a la robustesa de l'evidència requerida pels programes, ni el cost-oportunitat dels mateixos. Per aquests motius l'any 2003 the National Screening Committee va desenvolupar un nou conjunt de criteris que s'exposen a la Taula 2⁷⁷.

Taula 1. Criteris per avaluar els cribratges, desenvolupats per Wilson i Jungner el 1968

- La condició buscada ha de ser un problema de salut important. Hi ha d'haver un tractament acceptat pels pacients per aquella malaltia.
- Cal tenir disponibles els mitjans diagnòstics i els tractaments.
- La condició ha de tenir una etapa latent recognoscible o una etapa simptomàtica precoç.
- Cal disposar d'una prova o examen de cribratge adequat.
- La prova ha de ser acceptada per la població.
- La història natural de la malaltia incloent el desenvolupament latent de la malaltia declarada, s'ha d'entendre adequadament.
- Hi ha d'haver una política consensuada de qui cal tractar com a pacients.
- El cost de la detecció de casos (incloent el diagnòstic i el tractament dels pacients diagnosticats) ha de ser econòmicament equilibrat en relació a la despesa sanitària global.
- La detecció de casos ha de ser un projecte longitudinal i continu, i no ocasional i transversal.

⁷⁶ Wilson JMC, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organisation, 1968.

⁷⁷ Gray M. New concepts in screening. Br J Gen Pract.2004; 54:2928.

Taula 2. Criteris per avaluar la viabilitat, l'efectivitat i la idoneïtat d'un programa de cribratge elaborats per The National Screening Committee al 2003

La condició

1. La condició ha de ser un problema de salut important.
2. L'epidemiologia i la història natural de la malaltia, incloent el pas des de malaltia latent a malaltia declarada, han d'estar adequadament coneguts i ha d'haver un factor de risc detectable, un marcador de malaltia, un període de latència o un estadi simptomàtic precoç de la malaltia.
3. Totes les intervencions cost-efectives de prevenció primària haurien d'haver estat implementades en la mesura del possible.
4. Si els portadors d'una mutació s'identifiquen com a resultat del cribratge, la història natural de les persones amb aquest estat s'ha d'entendre i tenir en compte, incloent les implicacions psicològiques

El test- La prova

5. Hi ha d'haver una prova de detecció senzilla, segura, precisa i validada.
6. La distribució dels valors de la prova en la població diana ha de ser coneguda, i hi ha d'haver un punt de tall adequat definit i acordat.
7. La prova ha de ser acceptable per a la població.
8. Hi ha d'haver una política acordada a disposició de les persones en les quals els test són positius sobre la posterior investigació diagnòstica i sobre les diferents opcions disponibles.
9. Si la prova és per mutacions els criteris utilitzats per seleccionar el subconjunt de mutacions cobertes pel cribratge, si totes les mutacions possibles no estan sent cribrades, han d'estar clarament establertes.

El tractament

10. Hi ha d'haver un tractament o una intervenció eficaç per als pacients identificats a través de la detecció precoç, amb evidència que el tractament precoç condueix a millors resultats que el tractament tardà.
11. Haurien d'existir acords polítics basats en l'evidència que a totes les persones identificades se'ls oferirà el tractament adequat.
12. El maneig clínic de la malaltia i els resultats en els pacients han de ser optimitzats en tots els proveïdors d'atenció mèdica i assegurats abans de participar en un programa de cribratge.

El programa de cribatge

13. Hi ha d'haver evidència provinent d'assaigs clínics aleatoritzats d'alta qualitat, que el programa de cribatge és efectiu en la reducció de la mortalitat o la morbiditat. Quan l'objectiu del cribatge és únicament donar informació que permeti a la persona prendre una "elecció informada" (per exemple: la detecció de síndrome de Down o portador de fibrosis quística), hi ha d'haver evidència robusta basada en assaigs clínics d'alta qualitat que el test mesura el risc amb precisió. La informació que es proporciona sobre el test i el seu resultat ha de ser de vàlida i fàcilment comprensible per a la persona que està sent cribada

14. Hi ha d'haver evidència que el programa de cribatge en la seva globalitat (test, procediments de diagnòstic, tractament / intervenció) és clínicament, socialment i èticament acceptable per a professionals de la salut i pel públic.

15. El benefici del programa de cribatge ha de ser molt superior que els danys físics i psicològics causats per la prova, procediments diagnòstics i tractaments.

16. El cost d'oportunitat del programa de cribatge (incloses les proves, el diagnòstic i tractament, la gestió, els procediments per garantir la qualitat i la formació) hauria de ser econòmicament equilibrat en relació a les despeses de l'atenció mèdica en el seu conjunt (és a dir, relació qualitat-preu).

17. Hi ha d'haver un pla de gestió i monitoratge del programa de detecció i un conjunt d'estàndards de garantia de qualitat consensuats.

18. Abans de l'inici del programa de cribatge la dotació de personal i instal·lacions adequades per al test, el diagnòstic, el tractament i la gestió de programes haurien d'estar disponibles.

19. Haurien d'haver-se tingut en compte totes les altres opcions per a l'abordatge de la malaltia (per exemple millorar el tractament i proporcionar una altra mena d'atencions), per assegurar que cap altra intervenció més cost-efectiva podria haver-se posat en marxa o incrementar les intervencions actuals amb el recursos disponibles.

20. S'ha de posar a disposició dels potencials participants per donar la informació basada en l'evidència, explicant les conseqüències dels test, la investigació i el tractament, per ajudar-los a prendre una decisió informada.

21. S'ha de preveure la pressió pública per a l'ampliació dels criteris d'elegibilitat, per a la reducció de l'interval de cribatge, i per augmentar la sensibilitat del procés de cribatge. Les decisions sobre aquests paràmetres han de ser científicament justificables per al públic.



22. Si el cribratge és per a una mutació, el programa ha de ser acceptable per a les persones identificades com a portadores i per altres membres de la família.

ANNEX 3. A propòsit d'un cas: L'osteoporosi

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.

OSTEOPOROSI

L'osteoporosi no és una malaltia és un número, una probabilitat de patir una fractura. L'edat i les caigudes són factors molt més importants que l'osteoporosi per determinar la probabilitat de patir fractures. L'edat mitjana en què es produeixen la majoria de les fractures de maluc i columna són els 82 i 74 anys respectivament (fractures per fragilitat). La probabilitat que una dona de 60 anys pateixi una fractura en 10 anys es de 0,5%. El 80% de les fractures es donen en dones que no presenten alteracions densitomètriques.

Una densitat mineral òssia baixa augmenta el risc de fractures de 2 vegades (expressat en risc absolut es produeixen 2% fractures en dones amb osteoporosi vs 1% en dones sense osteoporosi). No obstant, tenint en compte l'evidència sobre el tractament de l'osteoporosi en dones sense antecedent de fractures cap fàrmac ha demostrat que redueix la incidència de fractures. En dones amb osteoporosi i altres factors de risc els tractaments reduirien un 1-2% la incidència de fractures. És a dir, que per estalviar 1-2 fractures s'hauria de sotmetre a tractaments de risc a 100 persones. Per aquests motius les guies i recomanacions independents no aconsellen tractar a dones menors de 60 anys que no han tingut fractures⁷⁸.

A més, recentment s'estan constatant efectes secundaris importants dels bifosfonats (com ara dolors ossis, fractures atípiques de fèmur, osteonecrosi del maxil·lar, augment del risc de fibril·lació auricular), i s'alerta que els fàrmacs que es postulen per substituir-los tenen una eficàcia molt controvertida i comparteixen amb els bifosfonats alguns del seus efectes indesitjables⁷⁹.

DE QUINA MALALTIA ESTEM PARLANT?

D'altra banda, com deia Barbara Starfield convé recordar que «No es la osteoporosis lo que lleva a nuestros mayores a los hospitales. Son las caídas». El problema de salut que estem abordant són **les fractures i aquestes es produeixen per caigudes**. El nostre objectiu ha de ser doncs prevenir les caigudes. Com situa la Revisió Cochrane la gent gran cau més freqüentment que la

⁷⁸ Boletín Farmacoterapeutico de Navarra

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

Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la osteoporosis primaria en mujeres de la Comunidad de Madrid.

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

⁷⁹ <http://farmaciadeatencionprimaria.com/2013/07/08/eficacia-y-seguridad-de-los-bifosfonados-en-la-practica-clinica-sabemos-si-previenen-o-causan-fracturas-bifap-nos-da-algunas-pistas/>

gent jove i és així per un conjunt de motius com ara problemes d'equilibri, de visió, demència, consum de psicofàrmacs... Al voltant d'un 30% de persones de >70 anys pot caure en 1 any. Una de cada 5 caigudes precisen d'atenció sanitària i menys d'1 de cada 10 caigudes provoquen fractures. La Cochrane ha fet una revisió⁸⁰ de la literatura a fi d'establir quines intervencions realitzades per prevenir caigudes són efectives. Es tracta d'una metanàlisi de 159 assaigs clínics amb grup control que en total sumen 79.193 participants. La majoria d'assaigs comparen la intervenció per prevenir caigudes amb la no intervenció. Als resultats destaca que intervencions com fer exercicis grupals redueixen el risc de caigudes i la taxa de fractures, i el mateix passa amb intervencions de programes d'exercici domiciliaris (en una àmplia cohort de dones seguides durant 12 anys, passejar 4 hores a la setmana va disminuir la incidència de fractures de maluc en 1,5%). També els programes de deprescripció i sobretot la retirada de psicòtrops redueix el risc de caigudes. En aquest sentit cada vegada més es fa una crida a abandonar l'enfoc farmacològic en la solució de les fractures per fragilitat i a posar en marxa enfocs no farmacològics des dels serveis sanitaris i bàsicament des de l'atenció primària⁸¹.

CÓM ES TRANSFORMA UN FACTOR DE RISC EN MALALTIA? CÓM ES CREA LA NECESSITAT DE CONSUMIR FÀRMACS?

El sector farmacèutic és responsable de la creació de noves malalties a partir de factors de risc. El tractament de l'osteoporosi n'és un clar exemple. La síntesi de fàrmacs capaços de modificar el metabolisme ossi per reduir la pèrdua de massa òssia ha estat acompanyat de sofisticades campanyes publicitàries disfressades de vegades d'estudis de recerca o campanyes de prevenció. És conegut algun cas d'utilització d'associacions de pacients per generar la necessitat social i personal de prendre un fàrmac específicament dissenyat per tractar aquesta falsa malaltia [vegeu bloc de Miguel Jara el 8-09-2010 <http://www.migueljara.com/2010/09/08/mercado-de-pacientes/>]

El que no s'explica, (mentida per omissió?) és la probabilitat associada d'efectes adversos del fàrmac proposat, ni les alternatives basades en la millora de les condicions de salut en general i les adreçades a disminuir el risc de fractura. És disminuir les fractures i no l'osteoporosi l'objectiu de salut per a les persones grans.

Completem aquesta breu història sobre la creació d'una malaltia a partir d'un risc probabilístic amb la carta que el Dr. Roberto Sánchez va enviar al

⁸⁰ Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. **Interventions for preventing falls in older people living in the community.** Cochrane Summaries. Published Online: November 14, 2012
<http://summaries.cochrane.org/CD007146/interventions-for-preventing-falls-in-older-people-living-in-the-community>

⁸¹ Guia NICE CG161. The assessment and prevention of falls in older people. Junio 2013. 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(4):189-191.
<http://es.scribd.com/doc/73929739/Jarvinen-2008-Osteoporosis>

telediari de TV1 l'any 2010 arran d'informacions d'aquest mitjà sobre l'osteoporosi:

"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. Tómese la de pie y no se tumben 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 Sánchez.R4 MFyC. Centro de Salud Prosperidad. Extinta Área 2. Actual Área Única.Madrid. Disponible en <http://lasala3.wordpress.com/2010/11/11/la-osteoporosis-la-boda-real-y-el-ranking-%c2%bfguna-relacion/>