

MALICIA SANITARIA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA

"MALICIOUSNESS" IN HEALTH AND QUARTENARY PREVENTION

ASMO TXARREKO JARRERAK OSASUNEAN ETA LAUGARREN MAILAKO PREBENTZIOA

Se presentó una versión inicial de este trabajo en una mesa sobre controversia (medicalización de la sociedad), durante el XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina General, celebrado en Valencia, del 14 al 17 de junio de 2006.

Introducción

Existe un conjunto creciente de bien intencionadas actividades sanitarias caracterizadas por su dudosa utilidad para el individuo y la sociedad (y por su indudable beneficio para quienes las promueven y promocionan). Iván Ilich escribió sobre ello desde un punto de vista sociológico (1), y otros, como Bob Evans y Vicente Ortún, se han pronunciado acerca del mismo asunto desde el punto de vista económico, sobre la "demanda inducida por el proveedor" (2,3). Por ejemplo, a más hospitales, mayor actividad hospitalaria sin que necesariamente se acompañe de mayor salud de la población (3). De hecho, en España, a más hospitales más atención centrada en la tecnología, no en las necesidades de los pacientes (4).

Desde un punto de vista ético estas propuestas de dudosa utilidad son inaceptables pues, siendo generalmente bien intencionadas, carecen de crédito y de valor, y merecerían verse como expresión de una cierta "malicia sanitaria" ya que, aunque no haya propiamente engaño ni mentira, llevan a falsas conclusiones a través de medias verdades, extrapolaciones atrevidas, interpretaciones sesgadas, afirmaciones inciertas, y/o simplificaciones problemáticas. Semejante fenómeno es frecuente y hay actividades de este estilo en prevención, curación y rehabilitación. También hay en salud pública, planificación y política sanitaria, y en otros ámbitos referentes a la salud.

Paradigma reciente de este tipo de actividad fue la propuesta e implantación casi universal, preventiva y terapéutica, de la terapia hormonal "substitutiva" en la menopausia, que siempre tuvo un dudoso y débil fundamento científico y que ha conllevado morbilidad y mortalidad innecesaria (cáncer de mama, embolias pulmonares, y demás) para cientos de miles de mujeres en el mundo entero (5-8).

Por supuesto, muchos médicos y políticos que abusan de su posición con sus propuestas de dudosa utilidad no son maliciosos sensu stricto, sino ingenuos, ignorantes y/o imprudentes, llenos de buena intención. Ingenuidad, ignorancia e imprudencia suelen ir juntas con la buena intención, pero no hay nada más atrevido que la ignorancia, tanto para ignorantes negligentes como para ignorantes engañados. Si los médicos reclamamos autonomía y libertad clínica, ni la ingenuidad, ni la ignorancia ni la buena intención deberían eximir de la responsabilidad consecuente (ya dicen que "el infierno está lleno de buenas

intenciones"). Y, siendo sinceros, uno no sabe qué es peor, si la malicia, la ingenuidad, la ignorancia, o la imprudencia. Todas ellas pueden llevar a la arrogancia, a la falta de humildad, al desprecio de la incertidumbre, y al olvido de la duda sistemática (7).

Más allá de la "buena intención" en las actividades sanitarias

Puesto que no hay intervención sanitaria sin riesgos (por muchos beneficios que aporte) siempre conviene la prudencia y el rigor científico para evitar las cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias (9,10). Prudencia y rigor que evitarían la mezcolanza de la moral y de la ética con la estadística y la prevención, y la transformación de hallazgos menores en obligaciones profesionales, como sucede en muchos protocolos y guías clínicas (11). Es difícil mantenerse firmes frente a la doble presión, la científica-técnica y la social, que genera el caldo de cultivo necesario para la aceptación acrítica de tantas actividades de dudoso valor, con la expectativa general de lograr una "feliz y eterna juventud", o casi (12,13).

Newton, con su inmenso talento, acuñó una feliz expresión para eludir la imputación de causalidad en lo que respecta a la ley de la gravedad: "las cosas suceden como si ...". Se puede parafrasear a Newton para salvar lo salvable, y decir que con ignorancia, imprudencia y/o malicia propiamente dicha, en cualquier caso, en muchas actividades sanitarias, "las cosas suceden como si hubiera malicia". Puede no ser malicia, puede ser sólo un malentendido, simple ignorancia, pero las cosas suceden como...

No hay malicia "absoluta", evidentemente. Hay políticos, médicos y profesionales sanitarios más o menos consentidores con la malicia, más o menos fuertes ante la misma (según la cuestión y la situación de que se trate). A veces capaces y capacitados para evitarla, a veces engañados, negligentes y/o tolerantes con la misma. Desde luego, no es fácil formarse el buen juicio necesario para discriminar las propuestas maliciosas, pero esa es parte de la dificultad de (intentar) ser un buen médico, y de dominar el campo que nos corresponde.

El término "malicia" es duro, y no lo he escogido al azar, ni lo empleo inconscientemente, sino por su connotación de "intención encubierta" ante propuestas sanitarias sorprendentes, al menos. Insisto en que no hay engaño apa-

rente, en que no hay mentira evidente, pues se trata, más bien, de propuestas problemáticas que reducen la incertidumbre con actividades sorprendentemente simples y superficialmente bien fundadas, en el límite o forzando la generalización. Por ello, son actividades y propuestas "sospechosas", que parecen maliciosas.

Algunos ejemplos

Podría hablarse de malicia sanitaria respecto el típico "chequeo" indiscriminado del individuo sano (niño, adolescente, escolar, mujer, obrero, adulto, anciano) (14,15) que tanto se promociona y tantos intereses mueve, lo mismo por los profesionales que por la Consejería de Sanidad de Andalucía (chequeo gratis y anual a los mayores de 65 años, que se suma a las "revisiones de los niños sanos"), y que se convierten en "santo y seña" y esencia de la atención primaria. Estos servicios consumen recursos, dinero y tiempo (que se desvían de otros usos más racionales), no añaden salud, tienen efectos perjudiciales (falsos positivos y falsos negativos, con las consiguientes cascadas diagnósticas y terapéuticas) y sólo benefician a los que toman la iniciativa, los promocionan, los realizan y los mantienen, no a los pacientes.

Otro ejemplo, de dudosa ética, la epidemia iatrogénica de miedo (casi terror) provocada por la OMS en la temporada 2005-2006 sobre la gripe aviar (16). En forma similar, sería maliciosa la construcción de nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid (una verdadera "siembra") si no se establecieran mecanismos para cerrarlos en caso de que se demuestre un impacto negativo en la salud de las poblaciones atendidas. Otro sí, la promoción y difusión de las consultas y hospitales de "alta resolución" (CHAR), en Andalucía, Castilla La Mancha y Cataluña, sin que se haya demostrado su beneficio en salud (cabe deducir de lo poco publicado que es "excesiva", más que "alta" resolución) (17,18).

En otro ejemplo más específico: podría considerarse malicia sanitaria al conjunto de actividades de moda en torno a la prevención del cáncer de mama mediante la mamografía de cribado, pues la información necesaria para decidir la participación voluntaria se presenta en forma engañosa a la mujer (19). Así, esta puede generar daños mal llamados "inesperados", como falsos positivos y falsos negativos, y sus consecuentes problemas que, en conjunto, ni ayudan al individuo, ni aportan un beneficio social cierto.

Malicia sanitaria podría ser, también, la promoción de la autoexploración mamaria, que sabemos no tiene ningún beneficio. ¿Cómo llamaríamos a la citología de cuello de útero, que se promociona como cribaje en España, pese a su carencia de fundamento científico en nuestro entorno y a su nulo impacto en la mortalidad por dicha causa? El

cribaje se aplica a las mujeres que no lo necesitan (jóvenes, cultas, ricas, y urbanas), y es inaccesible para las mujeres que lo precisan, lo que conlleva que cuatro de cada cinco mujeres muertas por cáncer de cuello de útero en España no se hubieran hecho citología, pese a que en este país cada año se hacen diez millones de papanicolaus (20-22). ¿Y la promoción del cribaje del cáncer de próstata mediante el uso de la determinación del PSA, que además de carecer de base científica inicia innecesarias cascadas múltiples que conllevan muertes, impotencias, septicemias, e incontinencias? (23,24). ¿Y la cita y re-cita de cientos de pacientes anticoagulados en los servicios hospitalarios de hematología, o en las consultas de atención primaria, para el control rutinario de su INR, sabiendo que el autocontrol (por el propio paciente y su familia) disminuye la mortalidad y la morbilidad comparado con el control profesional? (25). ¿Cómo llamar a la transformación de la menopausia y el climaterio en enfermedad y al tratamiento hormonal consiguiente? (6-8). ¿Y al uso innecesario de antibióticos en enfermedades respiratorias altas probablemente víricas? ¿Y al empleo sin sentido y sin prudencia de cerivastatina, los coxibs, los inhibidores de la recaptación de la serotonina, los nuevos neurolépticos y otros medicamentos? ¿Cómo calificar la falta de uso de aspirina en el infarto agudo, y de beta-bloqueantes en la isquemia de miocardio y en la insuficiencia cardiaca? ¿Cómo denominar la muerte de terminales en ambulancias y urgencias hospitalarias? ¿Cómo denominar esa fiebre de implantación normativa de protocolos y guías clínicas? ¡Qué decir, así mismo, de todas esas "epidemias ruidosas" llevadas a su paroxismo por la incontinente actividad de todos los interesados (profesionales e industriales), como la osteoporosis, los factores de riesgo cardiovascular, el síndrome del túnel carpiano, la eyaculación precoz, la apnea del sueño, el síndrome hiperactivo, los melanomas, la fibromialgia, el síndrome de piernas inquietas, la disfunción eréctil, la hipertensión, el síndrome metabólico, el ataque de pánico, el cáncer de próstata, la escoliosis, la bronquiolitis, la escoliosis, el colon irritable, la depresión, y demás enfermedades imaginarias (algunas por su definición, y otras por la ampliación abusiva de su definición y de su diagnóstico) (26). Ejemplo extremo de esa incontinente actividad es la promoción de densitómetros (regalados, de facto) en ayuntamientos y farmacias, obsequiados en el contexto de una "campaña de género", que conlleva (falsos) diagnósticos de osteoporosis y la consiguiente solicitud del tratamiento al médico general (¡a veces por el nombre de fantasía del medicamento correspondiente!). ¿No son casos de transformación de los pacientes en "el combustible" del sistema sanitario, como ha dicho algún sociólogo? ¿No son ejemplos de una atención centrada en los profesionales, la tecnología, los medicamentos y el sistema sanitario? ¿Cabe pensar y hablar de malicia sanitaria *sensu stricto*, o sirve de excusa la ubicua ignorancia?

Prevención cuaternaria

La Medicina puede hacer mucho bien, pero puede también hacer mucho daño, más por acción que por omisión. En este sentido, el médico bien formado, con su recto proceder y con su conciencia viva, es la última barrera que le queda al paciente y a la sociedad frente a una presión que “explota” el deseo inveterado de la eterna juventud (que ya consta en el poema de Gilgamesh, del año 2000 aC), con la exigencia del “todo, aquí y ahora”.

Hablamos de prevención cuaternaria para designar el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario (27,28). Hacer prevención cuaternaria es decir “no” a muchas propuestas francamente indecentes, y ofrecer alternativas prudentes y científicas (la ética de la negativa, y la ética de compartir la ignorancia). Hacer prevención cuaternaria es cambiar el miedo que explota la malicia sanitaria por el bienestar de saber que lo importante es la calidad de la vida.

La prevención cuaternaria no intenta eliminar sino sólo atemperar la medicalización de la vida diaria, pues una parte de la dicha medicalización es ajena al acto médico y tiene profundas razones sociales, culturales y psicológicas. Por ello, aunque suene a retruécano, la prevención cuaternaria sólo trata de evitar o paliar la parte médica de la medicalización de la vida diaria.

Hacer prevención cuaternaria en la consulta es cumplir con el objetivo científico de la Medicina, que busca “la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible” (29).

Nuestros pacientes son personas, y merecen una atención personalizada, prudente y positiva. La medicalización de la vida diaria se está convirtiendo en un problema respecto a los derechos humanos, y sorprende ver que en la era del refinamiento de la demanda, de la autonomía del paciente y de la libertad de elección, la sociedad acepta casi sin protestas ese abuso contra los derechos de las personas (30).

Las personas sufren como tales, no como cosas a los que algunos robots (médicos maliciosos y/o ignorantes, y/o imprudentes) prestan esa atención sumada y enredada que recomiendan las múltiples guías y los muchos protocolos. Puesto que la calidad es adecuación al uso, no basta con ofrecer calidad extrema a cada problema, sino la calidad necesaria al conjunto de los problemas del paciente, en el lugar más cercano posible al mismo (31). Así se evitan interacciones, efectos adversos y efectos secundarios, y su cohorte de errores sanitarios; así se cuida la “seguridad del paciente”.

Hay que intentar ofrecer, repito, la máxima calidad con la mínima cantidad (de intervenciones), en el lugar más cercano posible al paciente. Hay que ofrecer cuidados de “baja intensidad y alta calidad, con la mínima interven-

ción necesaria, tan cerca del paciente como sea prudente” (29).

En muchos casos, la intervención excesiva se justifica por la “prevención”, en el falso supuesto del “más vale prevenir que curar”. Se demuestra en la prevención secundaria (32), y en la primaria (33,34). Sirvan de ejemplo respectivo el diagnóstico precoz del neuroblastoma (32), y la vacuna contra el virus del papiloma humano (33-35). Precisamos de la prevención cuaternaria ante todo tipo de malicia, bien curativa bien preventiva. Especialmente al empezar una “era de la genética”, cargada de expectativas excesivas (27).

Frente al vicio que uno llamaría “malicia sanitaria”, la virtud de la prevención cuaternaria. Es la mejor alternativa para ofrecer una Medicina cercana, científica y humana. Humana con los pacientes y con los mismos profesionales, pues todos tenemos una “vena maliciosa” a combatir.

Bibliografía

1. Illich I. Némesis médica. Méjico: Joaquín Moriz-Planeta ; 1987.
2. Evans RG. Supplier-Induced Demand: some empirical evidence and implications. En: Perlman M, editor. *The Economics of Health and Medical Care*. Nueva York: International Economics Association, MacMillan; 1974.
3. Ortún V. La demanda inducida por el hospital. *Gac Sanit*. 1986; 26: 64-7.
4. Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):110-6.
5. Vanderbroucke JP. How much of the cardioprotective effect of postmenopausal estrogens is real? *Epidemiol*. 1995;6:297-9.
6. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN*. 1999;25:239-48.
7. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002;167:363-4.
8. Million Women Study. Breast cancer and hormone therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362:419-27.
9. Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med*. 1986;314:512-4.
10. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clí (Barc)*. 2002;118:65-7.
11. Skarabaneck P, McCormick J. Sofismas y desatinos en Medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
12. Verdú V. Pornoprevención. *El País*, 3 de mayo de 2003 (nº 9350); p.29.
13. Fugelli P. The Zero-vision: potencial side effects of communicating health perfection and zero risk. *Pat Educ Counselling*. 2006;60:267-71.
14. Seguí M. Revisión del niño sano por el médico general/de familia. *SEMERGEN*. 2000;26:196-218.
15. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med*. 2002;136:701-3.
16. Bonneux L, Damme WV. An iatrogenic pandemic of panic. *BMJ*. 2006;332:786-8.
17. Gervas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clí (Barc)*. 2002;119:315.
18. García-Encabo M. Entre los deseos y los pronósticos en atención primaria. *El Médico*. 9 de febrero de 2007 (nº 1015); p. 8-15.
19. Gervas J, Pérez Fernández M. Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general. *SEMERGEN*. 2006;32:31-5.
20. Spagnolo E, Segura A, Vila R, Andrés J, Sans S. Importancia del cáncer de cérvix en Cataluña. Consideraciones sobre un eventual programa de cribaje. *Med Clí (Barc)*. 1984;82:83-6.

21. Segura A, Spagonolo E, Sans S, Andrés J. El caso del cáncer de cuello uterino y la frivolidad de la prevención masiva. *Aten Primaria* 1994;13:516-9.
22. Sanjosé S, Alejo M, Combalia N, Culubret M, Tarroch J, Badal JM et al. Historia del cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. *Gac Sanit.* 2006;20:166-70.
23. Coldman AJ, Phillips N, Pickles TA. Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity. *CMAJ.* 2003;168:31-5.
24. Barry MJ. The PSA conundrum. *Arch Intern Med.* 2006;166:7-9.
25. Heneghan C, Alonso-Coello P, García-Alamino JM, Perera R, Metas E, Glasziou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2006;367:404-11.
26. Gervas J, Pérez Fernández M. El auge de las enfermedades imaginarias. *FMC.* 2006;13:109-11.
27. Gervas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria.* 2003;32:158-62.
28. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):127-34.
29. Gervas J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Med Bilbao.* 2006;103:46-7.
30. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ.* 2004;170:1688-9.
31. Tinetti ME, Bogardus ST, Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med.* 2004;351:2870-4.
32. Gervas J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:345-52.
33. Sawaya GF, Smith K. HPV vaccination. More answers, more questions. *N Engl J Med.* 2007;356:1991-3.
34. Lippman A, Melnychuk R, Shimmin C, Boscope M. Human papillomavirus, vaccines and women's health: questions and cautions. *CMAJ.* 2007;177:484-7.
35. Gervas J. La incierta prevención del cáncer de cuello de útero con la vacuna contra el virus del papiloma humano. *Rev Port Clín Geral.* 2007; 23:547-555.

Juan Gervas
Médico General, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón. Madrid. España. UE
Equipo CESCA. Madrid. España. UE
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es