



MIQUEL PORTA SERRA

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ex -presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (1994-1998)

ILDEFONSO HERNÁNDEZ AGUADO

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández. Ex -presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (2002-2006)



¿HACER MÁS O HACER MEJOR LO QUE HAY QUE HACER?

Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención

Aunque no siempre prevalezcan en la realidad, existen múltiples razones para que el sistema sanitario sólo lleve a cabo actuaciones de eficacia, efectividad y eficiencia bien demostradas. En los albores del siglo XXI estas razones nos parecen más importantes que nunca. El sistema sanitario debe hacer el mínimo daño posible. El sistema no debe hacer más cosas sino hacer mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena. Sin embargo, sometido a múltiples presiones externas e internas (culturales, comerciales y tecnocráticas), dolorosamente consciente de sus dificultades para cumplir un contrato nuclear con la sociedad -a saber, diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad a las personas que solicitan ayuda por síntomas y signos de enfermedad-, el sistema genera regularmente falsas propuestas; por ejemplo, más programas de cribado.

Para un médico, un referente cultural tradicional plenamente vigente, es el principio “antes que nada, no hacer daño”. Para un profesional de la salud debe de ser mucho más importante centrarse en las actuaciones médicas y sanitarias inherentes o consustanciales al sistema sanitario que en las periféricas, prescindibles, superfluas o ineficaces. La importancia de éste y otros principios relacionados -“trascendentales” incluso desde una ética laica- atañe a cualquier profesional que trabaje en el sistema de salud y a cualquier autoridad sanitaria. Que el sistema sanitario haga el mínimo daño posible debería concernir también a todo ciudadano, pues a menudo la ciudadanía -de forma más o menos consciente- participa en las presiones para llevar a cabo actuaciones sanitarias ineficaces e incluso dañinas.

La relevancia de estos razonamientos aumenta literalmente miles de veces cuando se instauran ciertas acciones preventivas dirigidas al conjunto de la población, como es el cribado poblacional, un concepto relacionado pero que es menester distinguir de la prevención clínica.¹ La razón es sencilla: las limitaciones

de una prueba de prevención secundaria se multiplican enormemente y se traducen

El sistema sanitario no debe hacer más cosas sino hacer mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena

en miles de personas afectadas cuando se aplican a centenares de miles de personas (tabla 1). Como puede verse, cuanto menor es la prevalencia de la

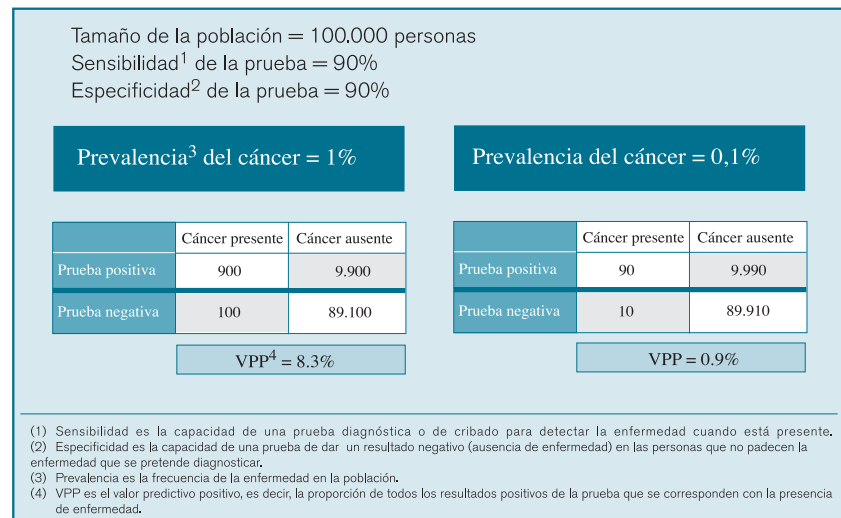


Tabla 1. Impacto de la prevalencia sobre el Valor Predictivo Positivo

enfermedad que queremos detectar, menor es el valor predictivo positivo (VPP). Hasta el punto de que el número de falsos positivos (y, en un sentido propio, el de falsos negativos) alcanzan cifras preocupantes incluso con pruebas de detección que poseen una sensibilidad y una especificidad tan altas (90%) como la del ejemplo. Éstas pueden sorprender no porque la aritmética sea complicada -que obviamente no lo es- sino por lo acostumbrados que estamos a razonar la prevención, sólo o mayoritariamente, en términos de individuos y, en particular, de pacientes individuales. Pero esa lógica clínico-individual no puede en modo alguno aplicarse, tal cual, cuando lo que pretendemos es realizar pruebas de detección precoz a una población. En España, el cribado poblacional de cáncer de mama disfruta de una aceptación cultural relativamente amplia, a pesar de que produce un 32%

de resultados falsos positivos por mujer tras 10 mamografías realizadas después de los 50 años; ello da una idea de la magnitud real del fenómeno descrito en el ejemplo hipotético anterior.²

Existen además otras razones primordiales para evitar ambigüedades cuando hablamos de prevención; así, por ejemplo, es sumamente importante apreciar las similitudes y las diferencias fundamentales que hay entre la detección precoz clínica y el cribado poblacional (tabla 2). Aunque en ambos casos se trata de detección precoz y de prevención secundaria, las diferencias no son banales. Por ello, los usos laxos o claramente erróneos del vocablo *cribado* y del coloquial *screening* deben evitarse, cuanto menos, en los centros académicos que enseñan a expresarse con propiedad.

Ciertamente, no es infrecuente que una prueba de detección precoz no esté claramente indicada o contraindicada.



Ejemplo: una persona de 47 años sin ningún síntoma ni signo de cáncer colorectal acude a consulta solicitando directamente una colonoscopia, preocupada y ansiosa por un diagnóstico reciente de dicha enfermedad en un amigo; el sujeto está sano y no es ético convertirle en un "paciente"; tras anamnesis, exploración y conversación (se le escucha, se le intenta disuadir...), finalmente le solicitamos la colonoscopia. Estamos en una de las habituales "zonas grises" de la asistencia médica: ¿en qué medida está indicada la colonoscopia? Estrictamente, no lo está, pero es opinable si la

Aunque se denomine prevención secundaria, la detección precoz pocas veces previene la aparición de la enfermedad

decisión es necesariamente incorrecta. En todo caso, estamos ante un individuo concreto, en una consulta médica, a la que él ha acudido por voluntad propia. Sin olvidar las causas o motivos económicos de la solicitud de la colonoscopia, ni sus consecuencias económicas: si, en el peor de los casos, la colonoscopia desencadena una cascada de análisis e intervenciones, y si alguna de ellas provoca un efecto adverso, cuando menos cabrá apreciar tres hechos fundamentales: a) fue la persona quien acudió solicitando ayuda; b) el profesional sanitario actuó de acuerdo con un deber indiscutible, atender con celeridad a las personas que solicitan ayuda, y c) el efecto iatrogénico afectó a una sola persona.

Contrástese esta realidad con la puesta en marcha de un programa poblacional de cribado de cáncer colorectal (tabla 2): es el sistema de salud quien acude a la persona objeto de la prueba; el individuo no presenta síntomas ni signos de la enfermedad a detectar (ni siquiera psicológicos o emocionales), y sólo una ínfima parte de la población abordada tiene la enfermedad. En países como España la efectividad del programa nunca se ha analizado mediante el tipo de estudio adecuado, el ensayo clínico controlado; el sistema de salud sufre deficiencias graves en su capacidad de atender, diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad a las personas que solicitan ayuda por síntomas y signos de cáncer

Detección precoz clínica ¹	Cribado poblacional ²
Se desarrolla en el contexto asistencial	Su contexto es poblacional
Es la persona quien solicita ayuda	El sistema de Salud invita a la persona a participar en el programa de cribado
¿Tiene la persona signos y síntomas? A menudo, sí; con menos frecuencia, no	¿Signos y síntomas de la enfermedad? No
Suele efectuar un diagnóstico	Nunca efectúa un diagnóstico, sólo genera una sospecha, que requiere pruebas específicas posteriores
Debe basarse en conocimientos científicos sólidos, pero existen "zonas grises" opinables y de incertidumbre	Exige pruebas sólidas de efectividad, pues los falsos positivos y los falsos negativos los sufren miles de personas
Refuerza al cribado poblacional, pues detecta casos 'de intervalo' y diagnostica a los que el cribado señala como sospechosos	Exige que funcione bien el sistema asistencial o se pierde el posible beneficio
El beneficio y el daño son en gran medida individuales	El beneficio y el daño son en gran medida colectivos
Consigue su objetivo individuo a individuo	Sólo consigue sus objetivos si la tasa de participación (colectiva) es muy alta
Su impacto poblacional puede ser bajo	Si la tasa de participación no es muy alta, no consigue detectar más casos precozmente de los que ya detecta un sistema asistencial eficiente
Ética individual	Ética comunitaria
Medicina clínica	Salud pública
En ambos casos se pretende efectuar una detección precoz. En ambos casos se trata de prevención secundaria.	

(1) La detección precoz clínica se dirige a personas que acuden a los servicios sanitarios por diversos motivos, incluidos síntomas que pudieran estar relacionados con la enfermedad objeto de detección, o incluso que demandan expresamente la práctica de la prueba de detección. Se pueden detectar factores de riesgo de enfermedad (por ej, hipertensión arterial) o enfermedades (cáncer de próstata).
 (2) El cribado poblacional es la práctica de la detección precoz de la enfermedad que se ofrece activamente (a menudo mediante carta u otros medios) al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad -generalmente elegida según edad y sexo- pero que no tiene síntomas ni ha demandado ayuda médica. (ejemplo: cribado poblacional de cáncer de mama).

Tabla 2. Diferencias fundamentales entre detección precoz clínica y el cribado poblacional

colorectal (los retrasos diagnósticos y terapéuticos siguen siendo muy altos en amplios sectores de la población); a veces el sistema ni siquiera trata con celeridad a los casos diagnosticados precozmente, con lo que todo beneficio aparente es ficticio, y finalmente, los falsos positivos -en especial- afectarán a miles de personas.

Sirva como ilustración un caso, desgraciadamente frecuente, descrito por la periodista Rosa Montero. "De modo que el 19 de enero de 2006 mi vecina se hizo la mamografía. Y le dijeron que los resultados se los daría su ginecóloga de la Seguridad Social el 29 de diciembre. O sea, 11 meses más tarde. Bueno, vaya, esto sí que es un poquitito menos de progreso, pensé... Julia aún no ha ido a ver si su médico tiene la maldita mamografía, que a lo peor tampoco. Además, acaban de mandarle que se haga una citología el 6 de febrero, cuyos resultados no le darán hasta el 29 de noviembre. Los españoles debemos de ser muy buenos y muy pacientes (y además estar muy sanos) para aguantar todo esto."³

EFECTOS COLATERALES

Los cribados poblacionales no son los únicos ni los primeros en producir efectos perjudiciales. Existen constantes presiones comerciales, carentes por completo de fundamento científico y ético, partidarias de la extensión del

La única prevención que disminuye la incidencia de una enfermedad es la prevención primaria, la que actúa sobre las causas

denominado "mercado secundario de la salud". Se trata de productos y procedimientos dirigidos supuestamente a promover la salud, mayoritariamente ineficaces, ajenos al circuito sanitario público,

que estimulan entre otras muchas cosas los exámenes de salud. A menudo acaban en demandas de ayuda médica al sistema público, demandas que aumentan las situaciones de "zona gris" antes mencionada y fomentan el efecto de cascada clínica iatrogénica, llevando al sistema sanitario a una espiral de intervenciones innecesarias, pero a veces inevitables por precaución defensiva.⁴

Recordemos que la única prevención *strictu sensu*, la única que previene la aparición de la enfermedad -y por tanto, la única que disminuye la incidencia de una enfermedad- es la prevención primaria, la que actúa sobre las causas. Recordemos asimismo el sustancial impacto que sobre la salud del conjunto de la sociedad tienen las intervenciones no sanitarias, aquellas que, para bien o para mal, modifican el entorno social, económico o físico. Cuando son positivas, tales intervenciones se ajustan a la denominada *estrategia preventiva poblacional*, y aportan un mayor beneficio a la sociedad que las intervenciones que se hacen en la clínica mediante la denominada *estrategia preventiva de alto riesgo* (tabla 3).¹

En este punto del camino, detengámonos en la siguiente pregunta: ¿está en nuestras manos evitar algunos de los errores mencionados? Tememos que el sistema -más allá de las actitudes individuales de la mayoría de sus profesionales en sus inercias de conjunto y en las decisiones de sus élites, acaso en su cesión a presiones comerciales y sociales-, dolorosamente consciente de su incapacidad para satisfacer un contrato nuclear con la sociedad (el que en este caso hemos caracterizado como

ESTRATEGIA PREVENTIVA	
de alto riesgo	poblacional
VENTAJAS	
Intervención apropiada al individuo	Es radical
Evita la interferencia con aquellos que no están a riesgo especial	Tiene buenas posibilidades de controlar la enfermedad a nivel colectivo
Se integra en la organización sanitaria	Es apropiada para la modificación de comportamientos y estilos de vida
Hace un uso coste-efectivo de los recursos sanitarios	Puede actuar asimismo sobre los condicionantes sociales y ambientales del enfermar
La razón beneficio-riesgo mejora por la selectividad de la estrategia	Puede aportar amplios beneficios para la salud pública y el medio ambiente
DESVENTAJAS	
La prevención se medicaliza	La aceptabilidad por los individuos, los sanitarios y las empresas puede ser baja
Consigue su objetivo individuo a individuo	Problemas de factibilidad
Puede ser inadecuada desde el punto de vista conductual	Costes y seguridad
Las posibilidades de predecir el beneficio individual son escasas	
Tiene dificultades de factibilidad y costes	
Su contribución al control global de la enfermedad es reducido	

Tabla 3. Ventajas y desventajas de la estrategia preventiva de alto riesgo¹ y de la estrategia preventiva poblacional²

(1) La estrategia preventiva de alto riesgo es la que se realiza generalmente en el ámbito clínico aplicando medidas preventivas individuales como la detección precoz de enfermedad y factores de riesgo, consejo preventivo, inmunizaciones y quimioprevención.
 (2) La estrategia preventiva poblacional consiste en acciones que modifican el entorno para hacerlo más saludable. Por ejemplo, políticas económicas y urbanísticas que favorezcan el empleo estable, una vida más atractiva social e intelectualmente o la actividad física; cambios en las condiciones laborales (menor exposición a tóxicos, prevención de la siniestralidad); aplicación de la legislación ambiental; vigilancia de la contaminación química de los alimentos.

“diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad a las personas que solicitan ayuda por síntomas y signos de enfermedad”), tienda a generar falsas soluciones: más programas de cribado y más *mercado secundario de la salud*, en el caso que nos ocupa. Actividades cuya efectividad casi nunca ha sido demostrada *a priori* y cuya inutilidad pronto se comprueba *a posteriori*. Por cierto, en los programas de cribado la efectividad es siempre, de forma inherente, efectividad poblacional.

Ahora bien, mientras que las componentes más estrictamente técnicas de este debate están relativamente bien acotadas,¹ la reflexión sobre el contexto sociosanitario suele ser más nebulosa. Y sin embargo esta reflexión, genuinamente cultural, nos parece imprescindible. A continuación aportamos un elemento para ella, entre otros posibles.

¿HACER MÁS O HACER MEJOR LO QUE HAY QUE HACER?

La anterior no es en absoluto una pregunta retórica. Y ya ha quedado más que insinuado: creemos que el camino no es que el sistema sanitario se empeñe en “hacer más cosas” sino en que haga mejor -y sólo- lo que debe de hacer. El sistema no debe hacer más cosas sino hacer mejor -y sólo- lo que está demostrado que vale la pena. Algunas razones de esa postura son hartamente conocidas, pues se remontan a mediados del siglo XX -y, por supuesto, a la Antigüedad-.⁵ Pero otras son nuevas, pues en 2007 vivimos en un mundo culturalmente muy distinto de otros tiempos.

La estrategia preventiva poblacional, que transforma el entorno haciéndolo más saludable, es la que aporta un mayor beneficio a la sociedad

Un ejemplo, que leemos en el suplemento cultural de un periódico español conservador⁶: “La crisis ecológica es la expresión biosférica de una gran crisis cultural, una crisis derivada del modo en que percibimos nuestro lugar en el mundo. Buscamos el sentido de la vida en la acumulación... Liberarnos de la idolatría del consumo y del crecimiento por el crecimiento requiere transformar el imaginario personal y colectivo, transformar nuestra manera de entender el mundo y de entendernos a nosotros mismos.⁶ Un criterio para ello es abandonar la sed de riqueza material en favor de otras formas de plenitud. No se trata de ascetismo. Al fin y al cabo, la revista *Décroissance* lleva como subtítulo *Le journal de la joie de vivre*.⁷ No implica disminuir el nivel de vida sino concebirlo de otra manera. Se trata -en la línea de iniciativas que van desde el *slow food* de Carlo Petrini a la *simplicidad radical* de Jim Merkel⁸- de fomentar la alegría de vivir y convivir, de desarrollarnos en el sentido de dejar de arrollarnos unos a otros, de crecer en tiempo libre y creatividad, crecer como ciudadanos

responsables de un mundo bello y frágil.” Es una reflexión cazada al vuelo, por ahí, en un periódico... como tantas otras. Es obvio que nada de esto es ajeno al sistema de salud. Obvio, aunque extraño. Pues reflexiones de esa índole, cuando existen, casi siempre están desgajadas de la práctica profesional sanitaria y son siempre extrañas a la práctica institucional, política.

¿Hace demasiado el sistema sanitario? Hace mucho y mal. En particular, no hace bien las (bastantes) cosas que debería hacer. Pero siempre se le pide más! Más visitas, más camas, más profesionales, más exploraciones, más cribados... Entre quienes más lo piden: los profesionales y la industria biomédica. ¿Y si le pedimos que haga mejor lo que realmente debe hacer...? Hay que cambiar ya la visión del sistema sanitario que hoy es hegemónica en el imaginario colectivo. El problema tiene una dimensión cultural tan central como las dimensiones económica, tecnológica y corporativa; profesionales e industria atizando el imaginario: más, más, más. Y por supuesto, parte de "la población" que hace caso.

En el suplemento de La Vanguardia mencionado⁶ se esbozan las ideas del economista rumano Nicholas Georgescu-Roegen (1906-1994), inspirador del decrecimiento, junto a nuestro viejo conocido Ivan Illich (1926-2002) y nuestro viejo desconocido Jean Baudrillard (1929-2007). Otros referentes: René Dubos, Serge Latouche, Gustavo Esteva, Arturo Escobar, Vandana Shiva, Raimon Panikkar, André Gorz, Cornelius Castoriadis, François Partant... o los monográficos de la revista *Silence*, como el titulado *Objetivo decrecimiento*, y los informes del *Institut d'études économiques et sociales pour la décroissance soutenable*. Dice Latouche: "Como ciudadanos modernos, nuestro imaginario está totalmente colonizado por el economicismo. La tecnociencia y los

tecnócratas nos imponen formas de vida que no hemos elegido". Todo ello es tan extraño como inherente al sistema curativo-paliativo vigente.

"El decrecimiento, movimiento que en los últimos años está ganando fuerza en Francia (*décroissance*) e Italia (*decrescita*),⁷ más que un programa o un concepto es un eslogan para llamar la atención sobre cómo la economía hiperacelerada está desquiciando el mundo [también el sanitario], un timbrazo para despertarnos de la lógica fáustica del crecimiento por el crecimiento." Latouche señala sin embargo que "el decrecimiento por el decrecimiento sería absurdo", y que "sería más preciso (aunque menos elocuente) decir *acrecimiento*, tal como decimos *atea*."⁶

El sistema debe hacer mejor y sólo lo que debe de hacer. Y si para ello deben crecer ciertas áreas, que crezcan. En el sistema no hay que creer, es el sistema quien debe demostrar que lo que hace, vale: para las personas y para la sociedad.

Notas bibliográficas

1. RYCHETNIK L, FROMMER M, HAWE P, SHIELL A. "Criteria for evaluating evidence on public health interventions". (*Journal of Epidemiology & Community Health* 2002; 56: 119-127). RODRÍGUEZ ARTALEJO F. La salud pública basada en la evidencia. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11: 201-203. ROSE G. *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona: Masson, 1994. FLETCHER R.H, FLETCHER S.W. *Clinical epidemiology. The essentials*. 4ª edición. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005. HAYNES R.B, SACKETT D.L, GUYATT G.H, TUGWELL P. *Clinical epidemiology. How to do clinical practice research*. 3ª edición. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006. HERNÁNDEZ-AGUADO I, GIL DE MIGUEL A, DELGADO RODRÍGUEZ M, BOLÚMAR MONTRULL F, eds. *Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
2. CASTELLS X, MOLINS E, MACIÀ F. "Cumulative false positive recall rate and association with participant related factors in a population based breast cancer screening programme". (*Journal of Epidemiology & Community Health* 2006; 60:316-321.)
3. MONTERO R. Salud. *El País*, 23 de enero de 2007, p. 80.
4. PÉREZ-FERNÁNDEZ M, GÉRVAS J. "Efecto cascada: implicaciones clínicas epidemiológicas y éticas". (*Medicina Clínica* 2002; 118: 65-7). MOLD J.W, STEIN H.F. "The cascade effect in the clinical care of patients". (*New England Journal of Medicine* 1986; 314:512-4)
5. GARCÍA S. El fracaso del eficientismo. *El País* (Supl Salud - Mensual de biomedicina y calidad de vida) 14 de abril de 2007; p. 7. MENEU R. *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones*. Barcelona: Masson, 2002. ORTÚN V, MENEU R, PEIRÓ S. *El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud*. Economics and business working papers series, 752. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2072/896>. PORTA M. La influencia del medio ambiente en la salud pública. *Eidon - Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud* 2003; 13: 20-25.
6. PIGEM J. La hora del decrecimiento. *La Vanguardia* (supl Culturas) 4 de abril de 2007; p. 2-3. PUDDU S, LEIRA O. Entrevista a Serge Latouche. "La modernidad ha traicionado su proyecto". *La Vanguardia* (supl Culturas) 4 de abril de 2007; p. 5.
7. Décroissance. Le journal de la joie de vivre: <http://www.ladecroissance.net>. Decrescita. Per una società serena, pacifica e solidale: <http://www.decrecita.it>. Décroissance soutenable http://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9croissance_soutenable y Uneconomic growth http://en.wikipedia.org/wiki/Uneconomic_growth. Silence: <http://www.revuesilence.net>. Institut d'études économiques et sociales pour la décroissance soutenable: <http://www.decroissance.org>.
8. MERKEL J. Simplicidad radical. Huellas pequeñas en una tierra finita. Barcelona: Fundació Ferrer i Guàrdia - Fundació Terra; 2005. <http://www.terra.org/articulos/art01015.html> y <http://www.eco-terra.org/data/Intro.pdf>. MERKEL J. Radical simpliciy: small footprints on a finite earth. Gabriola Island, BC: New Society Publishers; 2003. http://en.wikipedia.org/wiki/Jim_Merkel