

## **LOS BENEFICIOS DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS NUNCA SON TALES QUE OBVIEN LA AUTORIZACIÓN PERSONAL O SOCIAL**

Juan Gérvas, médico general, Equipo CESCA (Madrid, España); profesor (honorario) de Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid; profesor (visitante) de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid.

[jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es) [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com) [@JuanGrvas](#)

### **Conocimiento de beneficios y daños de las actividades sanitarias**

La actividad sanitaria produce grandes beneficios personales y sociales. Basta pensar, por ejemplo, en la vacunación contra la rabia después de la mordedura de un perro, zorro, mapache, marmota, murciélago u otro mamífero. En un ejemplo muy diferente, cabe pensar en el bien que puede producir una sesión concreta de psicoanálisis, o el conjunto de un tratamiento en un paciente con graves fobias. En salud pública nada como la legislación para reducir la exposición de no fumadores al humo del tabaco.

Pero toda actividad sanitaria puede tener efectos secundarios (aquellos que no se desean y que afectan negativamente la salud del paciente y de la población). Es decir, toda actividad sanitaria debería sopesarse para ofrecer sólo la que probablemente producirá más beneficios que daños en la situación y el paciente-población considerado. Por ejemplo, en general la atención al duelo "normal" conlleva más daños que beneficios, por más que esté cargada de buenas intenciones y que se haga "bien"; por ello no habría que ofrecer apoyo psicológico ni farmacológico en el duelo "normal" (Ortiz Lobo e Ibañez Rojo, 2011). Por ejemplo, el programa de "dormir boca abajo" en los 80 y 90 del pasado siglo para evitar la muerte súbita del bebé llegó a toda la población, pero produjo el efecto contrario, el aumento de los casos de muerte súbita en los bebés (Gérvas y Pérez Fernández, 2009).

En la atención clínica, hay que contar con el paciente para ofrecer actividades que probablemente produzcan más beneficios que daños. Cada persona es un mundo, y cada paciente tiene el suyo propio. El mundo del paciente incluye valores que pueden no ser los del médico que ofrece la vacuna contra la rabia, o los del profesional que lleva el psicoanálisis. Tampoco son similares los objetivos vitales de forma que es obligado compartir con el paciente los posibles cursos de acción y las alternativas preventivas, diagnósticas y terapéuticas en su situación y con sus problemas. Hay

pacientes que priman el no tener dolores, y otros que temen especialmente la invalidez; hay quienes odian la incontinencia fecal y quienes la sordera; en su mundo, cada cual tiene valores y objetivos vitales personales y peculiares (y estos pueden ir cambiando a lo largo del tiempo, según cambien las circunstancias).

Se trata de lograr el "consentimiento informado", bien verbal bien por escrito (insisto, consentimiento "informado", no "firmado"). El consentimiento informado implica una comunicación clara y completa respecto a las distintas acciones posibles tendientes a evitar, resolver o paliar el problema que se considere. El resultado final es la autorización del paciente para elegir un curso concreto de acción, a sabiendas de beneficios y de daños probables. Dicha autorización es el "consentimiento informado" que expresa la confianza del paciente en el consejo del profesional sanitario. La "relación de agencia" justifica las propuestas profesionales en el sentido de decidir por el paciente como si el profesional fuera el propio paciente pero al final son decisivos los valores y objetivos vitales del paciente.

### **El consentimiento informado social**

En salud pública hay que contar con la comunidad, con el conjunto de individuos que comparten objetivos comunes; o con la sociedad, en el sentido más amplio en que se establece el "contrato social". Puede haber negación y responder despreciando al conjunto "¿Quién es la sociedad? No existe tal cosa, tan sólo individuos, hombres y mujeres", pero en todo caso los humanos han sobrevivido gracias a la tribu como grupo con intereses comunes, solidarios frente al infortunio y tolerantes ante la diversidad. Por ello la salud pública tiene como "objeto" la salud de la población en el sentido de conseguir el beneficio máximo global con el menor daño posible individual.

La democracia establece que los principios básicos siguen siendo la solidaridad y la tolerancia lo que evita, por ejemplo, justificar el beneficio de la mayoría mediante el daño de las minorías (segregadas por determinantes como religión, color de piel, educación, geografía y otras características). No obstante, las decisiones en salud pública generalmente producen beneficios generales, con algunos daños individuales. Por ejemplo, el sarampión produce de media una encefalitis por cada mil pacientes afectados mientras la vacuna produce una encefalitis por cada millón de niños vacunados. Esta es una de las razones por las que la sociedad aprueba la vacuna contra el sarampión y promueve su utilización. Otra es que la vacuna contra el sarampión produce "inmunidad de rebaño" (protege a quien no se vacuna al cortar la cadena de transmisión de la

infección).

En buena lógica tal consentimiento informado social conlleva el establecimiento de mecanismos de compensación de daños por efecto de la vacuna. En cierta forma algunos miembros de la sociedad se "sacrifican" para que otros se beneficien. Lamentablemente, las familias de los niños con encefalitis post-vacuna del sarampión se ven obligadas a seguir un doloroso calvario judicial para obtener la ayuda que facilite su atención. Sólo hay 19 países en el mundo con un sistema no judicial de compensación de daños por vacunas (Looker y Kelly, 2011). Argentina y España no están entre ellos lo que es más grave en Argentina pues las vacunas del calendario vacunal infantil-juvenil son obligatorias.

Es decir, en Argentina el beneficio de la población se busca por obligación mientras la compensación del daño del individuo se logra por compensación judicial. Parece, pues, que el consentimiento informado social es imperfecto, y en muchos casos ni existe ya que el paternalismo en salud pública es todavía más fuerte que en atención clínica.

¿Quién decide por la comunidad, la población y en último término la sociedad? ¿Quién decide por los contribuyentes que sostienen el Estado y sus organizaciones? ¿Quién corrige las decisiones conforme cambian las circunstancias y el conocimiento científico? En principio los políticos elegidos democráticamente.

Sin embargo, la democracia es mucho más que la delegación del poder de decidir en las manos de los políticos elegidos pues constituye un conjunto de valores entre los que se incluye el ya citado del respeto a las minorías. La democracia no es el simple gobierno de la mayoría, sino el respeto a la legalidad, la garantía de libertad de expresión, la promoción para una vida plena de personas y comunidades y el desarrollo de valores de tolerancia y solidaridad (educación pública, cobertura sanitaria, sistema de pensiones, ayuda a los parados, y demás) (A. Sen, 1999).

Hay que insistir en la necesidad de la participación democrática por cauces varios de forma que las decisiones representen los mejores valores del conjunto salvando en lo posible los intereses particulares. Así pues, el consentimiento informado social depende en último término de los políticos elegidos democráticamente pero la sociedad civil tiene el derecho y la obligación de participar para asegurar acuerdos tan esenciales como la compensación no judicial por daños producidos por las vacunas. En otro ejemplo, la democracia tiene un efecto demostrado en salud a

través de evitar las grandes "hambrunas" por muerte de las minorías con más problemas para el acceso a los alimentos precisos para vivir. Hay, pues, un acuerdo social que lleva a no consentir tales "epidemias de muerte por hambre". Llamamos democracia a ese acuerdo que respeta los valores de las minorías sin dejar de representar a la mayoría.

### **Un caso clínico individual con repercusión social**

En octubre (otoño boreal) de 2002, Gervasio GC acudió a la consulta de la enfermera para ser vacunado contra la gripe en un centro de atención primaria de Tortosa (Cataluña, España). Como todos los años, estaba en vigor una campaña del sistema sanitario público invitando a la población a la vacunación, con énfasis especial en ancianos y otros "grupos de riesgo". Gervasio GC, varón de 37 años, soltero y camarero de profesión no padecía ninguna enfermedad pero quería evitar la baja laboral por gripe y no tener problemas de absentismo al trabajo.

Gervasio GC fue vacunado gratuitamente como todos los demás, con el consejo habitual de que podría tener algún malestar menor como fiebre o dolor en el punto de la inyección. A los diez días enfermó brusca y gravemente de forma que se quedó paralítico y sin poder respirar por una afectación neurológica desmielinizante, el síndrome de Guillain-Barré. Fue preciso internarle en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y necesitó desde respiración asistida a plasmaféresis. Permaneció tres meses ingresado en la UCI y después pasó a la Sección de Rehabilitación del hospital. Al cabo de cinco meses fue dado de alta de forma que en el mes de julio de 2003 pudo empezar a vivir en su domicilio pero requería ayuda continua pues presentaba una invalidez del 85%.

Gervasio GC inició un proceso judicial por mala práctica (no fue advertido de que el Guillain-Barré es una complicación improbable pero posible de la vacuna contra la gripe) y para obtener una compensación monetaria que le ayudara a vivir. En su caso, la responsabilidad patrimonial recaía en el Servicio Catalán de la Salud, organizador de la campaña de vacunación contra la gripe. Gervasio GC perdió en 2006 la reclamación por daños y perjuicios y se vio obligado a plantear su caso al Tribunal Supremo de España. A finales de 2012 Gervasio logró una sentencia que le concedía lo que reclamaba, 469.699 euros (unos 611.000 dólares) de compensación.

Sin embargo la sentencia 1/ acepta la efectividad de la vacuna de la gripe y 2/ acepta como "buena práctica" el no dar información completa sino solo "proporcionada" sobre efectos adversos (dice

textualmente que para evitar el efecto "atemorizante o inhibidor" de una práctica que mejora la salud del individuo y de la población).

<http://www.poderjudicial.es/search/documento/TS/6525249/Responsabilidad%20patrimonial/20121030>

La información completa y veraz sobre la vacuna podría darse por escrito previamente al acto mismo de poner la vacuna (con folletos apropiados en la sala de espera, por ejemplo) e incluso difundirla con mucho tiempo de antelación (la campaña contra la gripe no es algo "sobrevenido" sino planificado a largo plazo). Buen ejemplo es el folleto de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid, España) para vacunar a funcionarios, profesores y alumnos, pues exige un consentimiento informado por escrito y firmado

[https://portal.uah.es/portal/page/portal/GP\\_PREVENCION/PG\\_REPOSITORIO/PG\\_DOCUMENTOS/ConsentimientoInformadoGripe2012.pdf](https://portal.uah.es/portal/page/portal/GP_PREVENCION/PG_REPOSITORIO/PG_DOCUMENTOS/ConsentimientoInformadoGripe2012.pdf)

En todo caso cabe comentar por el "agente vacunador" (habitualmente la enfermera) los efectos adversos más frecuentes y más graves, en apenas segundos y mientras se vacuna. Puede, también, proporcionar la "tarjeta amarilla" para que se declare cualquier efecto adverso y dar el número del lote de la vacuna para identificarlo.

El problema no es "la falta de tiempo", sino "la falta de ganas" (a veces la ignorancia) y sobre todo el paternalismo en las acciones preventivas que se suponen de enorme valor para el individuo y la comunidad, como la vacuna contra la gripe. Lo demuestra bien la nota de prensa del Ministerio de Sanidad de España para la campaña de vacunación contra la gripe 2012-13, en que no se menciona ningún posible efecto de la vacuna

<http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3002>

Conviene no olvidar que hay importantes dudas sobre la efectividad de la vacuna contra la gripe como demuestran consistentemente los resultados de las Revisiones Cochrane tanto en niños como adultos y ancianos, en sanos y enfermos y en lo que respecta a su fracaso para impedir la transmisión de la enfermedad (no produce "inmunidad de rebaño", ni mejora la salud de los pacientes en caso de que se vacunen los profesionales sanitarios)

<http://www.actasanitaria.com/referencias/documentos/documento-contraste-entre-las-recomendaciones-del-ministerio-de-sanidad-sobre-la-vacunacion-antigripal-y-la-ciencia.html>

El problema de la vacuna de la gripe ilustra las concepciones paternalistas de políticos y jueces ante el dilema del daño individual frente al bien público. ¿Está por encima el bien social del consentimiento informado individual? Desde luego, en situaciones extremas de catástrofes la respuesta es "sí, sin duda". Pero incluso la obligación impuesta en caso de extrema necesidad es compatible con la información franca y amplia sobre el riesgo que se obliga a correr.

En el caso de la vacuna de la gripe se han descrito los siguientes efectos adversos (en orden alfabético): anafilaxia, angioedema, anorexia, artralgia, astenia, cefalea, convulsiones, cuadro gripal, diarrea, dolor abdominal, encefalomiелitis, eritema, fiebre, irritabilidad, linfadenopatía, mareo, mialgia, narcolepsia, neuritis, reacciones alérgicas, síndrome de Guillain-Barré, sudoración, trombocitopenia, urticaria, vasculitis, vértigo y en el punto de la inyección dolor, edema, hematoma, induración y enrojecimiento (sin olvidar los falsos positivos en las pruebas del SIDA). Conviene, al menos, saber los más frecuentes y aquellos más graves, por infrecuentes que sean. Se trata de hacer compatibles los principios de autonomía y de justicia de forma que se logre la alternativa que lesione menos valores.

La imposición de las vacunas no se justifica en lo más normal y "diario" y sobre todo respecto a vacunas de dudosa efectividad como la de la gripe y la del virus del papiloma humano, por ejemplo. Precisamos de otra ética social y del respeto a los valores intrínsecos de pacientes y poblaciones para conservar la confianza en los profesionales y en el sistema sanitario. El abuso en el caso concreto de las vacunas hace crecer la actividad de los "antivacunas" (correctamente "pro-libertad de vacunación").

**Menos es mejor (incluso a veces lo mejor es no hacer nada). Y hay situaciones en que lo mejor es intervenir tarde.**

A veces lo más conveniente para el individuo y la sociedad es "no hacer nada". A veces hacer menos es lo mejor para la salud de pacientes y poblaciones. A veces deberían ofrecerse alternativas no médicas.

Por ejemplo, "no hacer nada" respecto al problema comentado de la vacuna contra la gripe, como bien se demostró en el "caso de la pandemia de gripe A, 2009-10" en España (Gérvas y Hernández-Aguado, 2011). En el caso de catástrofes también es preferible no intervenir con el "debriefing" (grupos de víctimas que comparten la experiencia para elaborar e integrar mejor la tragedia y sus

consecuencias) pues los resultados obtenidos son peores que los logrados sin la intervención (Ortiz Lobo e Ibañez Rojo, 2011). Son múltiples las situaciones de este estilo, en que la intervención sanitaria empeora la evolución del problema; decir, en que se viola el principio básico del "primun non nocere". En algunos casos este empeoramiento puede ser simultáneamente del paciente y de la comunidad. Por ejemplo, cuando se prescriben antibióticos innecesariamente se daña al propio individuo y a la población; así en los casos de catarro en que se administran antibióticos sin necesidad, por ser de causa vírica. O cuando se utilizan antibióticos en la prevención de la infección neonatal por estreptococo beta-hemolítico (grupo B), que obliga al previo cribado de la embarazada y a su tratamiento intra-parto vía endovenosa y sin beneficio probado alguno

<http://summaries.cochrane.org/CD007467/intrapartum-antibiotics-for-known-maternal-group-b-streptococcal-colonization>

En otros casos, la alternativa es no médica como sugiere el hecho de que la depresión post-parto sea más frecuente entre las habitantes de las grandes ciudades (Vigod y colaboradores, 2013); en estas situaciones el empleo de psicofármacos debería ser puesto en el contexto del aislamiento social y otras características socio-económicas de la puérpera.

A veces lo mejor es hacer menos y más tarde. Por ejemplo, el empleo del diagnóstico precoz en la enfermedad de Alzheimer no se justifica porque el tratamiento conlleva mejor respuesta del deterioro cognitivo (Tricco y col, 2013). En otro ejemplo, el diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante mamografía es una actividad preventiva con beneficios muy dudosos por el sobre-diagnóstico que conlleva (los beneficios no compensan los daños), de forma que es preferible esperar a que haya síntomas clínicos, lo que no empeora el pronóstico ni la supervivencia (Gérvás y Pérez Fernández, 2013).

Por ello se ha desarrollado un movimiento mundial para evitar la sobre-prevención y los sobre-diagnósticos y los sobre-tratamientos. Buena expresión es la propuesta estadounidense de "Choosing wisely" (Cassel y Guest, 2012). El exceso de atención perjudica la salud.

Por ejemplo, la "American Psychiatry Association " ha propuesto cinco puntos para mejorar la utilización de los neurolépticos (anti-psicóticos); algún punto va directo al abuso como el de "no prescriba dos o más anti-psicóticos simultáneamente"

<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-psychiatric-association/>

De lo que se trata es de conseguir cumplir con el lema de "máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada, por el personal apropiado, en el lugar y momento oportunos y tan cerca de la casa del paciente" (Gérvas, 2006). Las actividades sanitarias son cada vez más potentes, precoces y variadas, y las ofrecen más especialistas en forma fragmentada. Por ello se precisa que el paciente y la comunidad tengan información pertinente, clara y suficiente para poder decidir respecto a la mejor alternativa, que muchas veces está fuera del sistema sanitario (privado y/o público).

Es clave el debate que devuelva capacidad de decisión a quien paga los servicios y los recibe (y goza de sus beneficios y sufre sus perjuicios). No procede el paternalismo ni para el individuo (atención clínica) ni para la población (salud pública).

### **Bibliografía**

-Cassel CK, Guest JA. 2012. "Choosing wisely. Helping physicians and patients make better decisions about their care". JAMA. 307:1801-2.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1150103>

-Gérvas J. 2006. "La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad". Gac Med Bilbao. 103: 46-47.

<http://equipocesca.org/la-clave-para-mejorar-la-clinica-mas-calidad-con-el-minimo-de-cantidad/>

-Gérvas J., Hernández Aguado I. 2011. "Ética y salud pública. El caso de la gripe A (H1N1), 2009-2010". Gestión Clín Sanit. 13:123-27

<http://equipocesca.org/etica-y-salud-publica-el-caso-de-la-gripe-a-h1n1-2009-2010/>

-Gérvas J, Pérez Fernández M. 2009. "Los daños provocados por la prevención y las actividades preventivas". Rev Innovación Sanit Aten Integrada. 1(4): 6.

<http://equipocesca.org/los-danos-provocados-por-la-prevencion-y-las-actividades-preventivas/>

-Gérvas J, Pérez Fernández M. 2013. Cribados: una propuesta de racionalización. Gac Sanit. 2013. 27 doi: 10.1016/j.gaceta.2013.03.007

<http://equipocesca.org/cribados-una-propuesta-de-racionalizacion/>

-Looker C, Kelly A. 2011. "No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes". Bull WHO. 89:371-8.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-081901/en/>

-Ortiz Lobo A, Ibañez Rojo V. 2011. "Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental". Rev Esp Salud Pública. 85:513-23.

[http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/vol85/vol](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol85/vol)

[85\\_6/RS856C\\_513.pdf](#)

-Sen A. "La democracia como valor universal". J Democracy. 10:3-17

[http://www.istor.cide.edu/archivos/num\\_4/dossier1.pdf](http://www.istor.cide.edu/archivos/num_4/dossier1.pdf)

-Tricco AD, Soubiah C, Berliner S et al. 2013. "Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 185 doi: 10.1503/cmaj.130451

<http://www.cmaj.ca/content/early/2013/09/23/cmaj.130451.short?rss=1>

-Vigod SN, Tarasoll LA, Bryja B et al. 2013. "Relation between place of residence and postpartum depression". CMAJ. 185 doi:10.1503/cmaj.131248

<http://www.cmaj.ca/content/185/13/1129.abstract>