

Prevención: 10 principios en prevención, 10¹

Juan Gérvas, médico general pensionista, Equipo CESCA, Madrid, España

jjgervas@gmail.com www.equipoCESCA.org [@JuanGrvas](https://www.instagram.com/JuanGrvas)

1 ¿Prevención? ¡Precaución! Cuidese de la prevención. La prevención tiene un aura embriagante

Son actividades sanitarias preventivas las que tratan de evitar daños futuros mediante intervenciones médicas específicas generalmente en sanos, o aparentemente sanos; se pueden emplear medicamentos, cirugía, técnicas de imagen, consejos, etc.

Las actividades preventivas intentan impedir, pues, males y costes mayores en el futuro mediante intervenciones que producen inconvenientes y costes menores en el presente. La propuesta de evitar grandes y costosos daños futuros es tan atractiva y prometedora que adquiere fuerza profesional y social que termina cegando el buen juicio y la prudencia.

La prevención viene a ser el Anillo del Señor de los Anillos. La posesión del Anillo de la prevención embriaga hasta el delirio. El buen médico, la buena enfermera, otros buenos profesionales y hasta el buen gestor y el buen político caen sumisos ante las propuestas preventivas, y no siempre es por intereses indignos, ni por dinero, ni siquiera por arrogancia pues en muchos casos se debe a la simple ignorancia.

Las propuestas preventivas deslumbran con sus promesas de un mundo mejor, con menos enfermedad, menos sufrimiento, menos muertes y un coste sanitario menor. En su consecución se ignoran la ciencia y la ética pues todo lo justifica el bien futuro. Buen ejemplo es el daño que ha hecho la transformación de los factores de riesgo en enfermedades, con la medicalización consiguiente^{2,3}. Así, el caso de la hipertensión, un factor de riesgo considerado como enfermedad y tratado en exceso con medicamentos, con los daños consiguientes.

Escribió el clásico⁴: “Factores de riesgo, una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual”. El concepto de factor de riesgo ha pasado de asociación estadística a factor causal y a enfermedad. De ser asociación, ni necesaria ni suficiente para producir enfermedad, ha devenido en algo que se interpreta en falso como enfermedad propiamente dicha y/o en causa de enfermedad,

¹ Este texto resume la presentación de autor en el 2º Congresso Nacional UNIMED de Atenção Integral à Saúde. Vitória (Brasil). 16-18 de Setembro de 2015. Palestra de Abertura. “10 princípios da prevenção 10”.

² <http://equipocesca.org/the-concept-of-prevention-a-good-idea-gone-astray/>

³ <http://equipocesca.org/moderacion-en-la-actividad-medica-preventiva-y-curativa-cuatro-ejemplos-de-necesidad-de-prevencion-cuaternaria-en-espana/>

⁴ <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-una-nada-inocente-14974>

sin fundamento científico.

Por ello, ante cualquier propuesta preventiva hay que mostrarse precavido en extremo, como cuando estamos ante un taimado embaucador. La mirada hipnótica de la prevención nos atonta y envilece hasta terminar convertidos en homicidas, como terminaron los pediatras con lo de “dormir boca abajo” durante más de dos décadas, los ginecólogos con los parches para la menopausia durante más de tres décadas, los endocrinos siempre con la hemoglobina glucosilada^{5,6} y los psiquiatras con los neurolépticos para el control social de los pacientes singulares y/o molestos.

Las propuestas preventivas son más arrogantes cuantos más ignorantes los que las proponen pero, además de ignorancia, la arrogancia incluye también desprecio a la discrepancia.

No deje que las propuestas preventivas aniquilen los principios éticos básicos de autonomía y no maleficencia. Nunca dé un rápido sí a las propuestas preventivas. Ante la prevención, precaución.

2 Lo primero es lo primero, también en prevención: *primum non nocere*

Dicen que “más vale prevenir que curar”, pero habría que decir “más vale prevenir que curar, cuando prevenir hace menos daño que curar” pues la prevención no deja de ser una intervención sanitaria que puede causar daños. Por ello no es siempre mejor prevenir que curar⁷ y, en todo caso, hay que respetar el principio básico de las intervenciones sanitarias, el viejo y fundamental *primum non nocere*.

En un ejemplo de otro clásico⁸: “Todos los cribados producen daños. Algunos también producen beneficios”. Es lógica esta advertencia ante algo que suele brillar sin sombra de daño pues no podemos olvidar que no hay intervención sanitaria sin perjuicios.

En el caso de la prevención, además, el evitar males futuros es sólo una promesa, mientras que los daños actuales son reales. Por ejemplo, uno ni siquiera puede llegar a vivir lo suficiente para “rentabilizar” el beneficio, como le sucede al fumador empedernido que logra dejar el tabaco con gran sacrificio para morir atropellado al cabo de un año. Es decir, tenían razón los indios a los que se les incitaba a vacunarse contra la viruela durante la Real Expedición Filantrópica: “Esto es enfermarse ahora para no enfermarse después”. En ese caso valía la pena, por mucho que la vacuna fuera muy imperfecta y reactógena en aquel entonces. Pero las sabias palabras de los indios deberían sonar y resonar por siempre ante cualquier propuesta preventiva pues querían decir: “En prevención, ¿vale la pena el daño actual cierto por el incierto beneficio futuro?”.

⁵ <http://www.sietes.org/buscar/cita/85120>

⁶ <https://rafabravo.wordpress.com/2014/05/09/una-sencilla-manera-de-comunicar-los-objetivos-del-tratamiento-al-pacientes-con-diabetes-y-a-algunos-medicos-y-enfermeras/>

⁷ <http://equipocesca.org/is-clinical-prevention-better-than-cure/>

⁸ <http://bmb.oxfordjournals.org/content/54/4/983.full.pdf>

Los sanitarios, y los médicos en particular, están enseñados a trabajar con el contrato curativo con el que se responde ante el sufrimiento⁹. Por ello los pacientes, familiares y poblaciones aceptan incluso aquello de “Es una operación a vida o muerte”. Con este contrato curativo, las intervenciones médicas se justifican ante el sufrimiento que conllevan las enfermedades y lesiones y suelen responder proporcionalmente al daño y urgencia presentes. Todos aceptan que tal respuesta conlleva daños en la esperanza de una mejoría o curación.

El contrato preventivo es de otro mundo, del mundo en que se parte de una situación presente de normalidad, o al menos de aparente normalidad. Con este contrato preventivo se esperan bienes futuros desde la salud actual. No se puede hacer “Prevención a vida o muerte” pues la prevención ha de ser “A vida” siempre. Por ello es clave recordar el principio básico del *primum non nocere*, porque el sano es sagrado. “Tocar” al sano con la prevención exige una seguridad absoluta de inmensos beneficios futuros que compensen los mínimos daños presentes.

3 La prevención y la razón instrumental. La ciencia sin filosofía ni ética produce monstruos

Se impone la razón instrumental cuando la ciencia camina sin ética¹⁰, ya que la ciencia no es neutral ni objetiva y el verdadero científico sabe que sólo puede establecer paradigmas desde una cultura y concepción filosófica determinadas.

La deriva de ciencia sin ética se acentúa con la progresiva separación de ciencia y filosofía que lleva a una peligrosa razón instrumental al eliminar del pensamiento científico la consideración básica del respeto a la dignidad del ser humano y al medio ambiente. La razón instrumental ha justificado barbaridades como los experimentos en humanos en los campos de concentración nazi y en China por el japonés Escuadrón 731, así como el Experimento Tuskegee de estudio de la historia natural de la sífilis en negros pobres en Estados Unidos y en Nepal el estudio de la vacuna para la hepatitis E.

La razón instrumental es racional en cuanto responde afirmativamente a las dos preguntas básicas de: “¿Se puede hacer, científica y técnicamente hablando?” y “¿Es útil, tiene provecho, sirve?”. Con ello se justifica, por ejemplo, el peligroso trío de “biotecnología, mujer y fertilidad”¹¹ y se introducen técnicas heroicas de fertilización *in vitro* a cualquier edad, a través de la congelación de óvulos para prevenir su deterioro¹², como si se pudiera hacer todo lo que técnicamente se puede hacer.

La razón instrumental es irracional en cuanto no se pregunta acerca de las consecuencias, del qué

⁹ <http://equipocesca.org/etica-clinica-en-tiempos-de-exigencia-expectante/>

¹⁰ <http://www.redalyc.org/pdf/676/67611167016.pdf>

¹¹ <http://lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/3865172-40.Lippman.pdf>

¹² <http://equipocesca.org/congelacion-de-ovulos-por-causas-sociales-problemas-eticos-practicos-y-sociales/>

pasará, pues obvia la tercera cuestión básica de: “¿Qué impacto tendrá en la persona, sus familiares y la sociedad?”. Esta pregunta es clave y se relaciona con la dignidad de personas y pacientes, e incluso con el medio ambiente y con la carga que se transmite a generaciones futuras.

En el ejemplo citado, de la fertilidad a cualquier edad mediante la congelación de óvulos, las consecuencias las paga la propia mujer, por las complicaciones del embarazo, parto y puerperio que conllevan los excesivos años, pero también los hijos con sus afectaciones presentes y futuras (por ejemplo, malformaciones congénitas y mayor incidencia de leucemia, neuroblastoma y retinoblastoma), así como la sociedad, que se enfrenta al reto de cambiar un modelo de apoyo a la familia cuando las mujeres son madres a las edad de ser abuelas^{13, 14, 15}.

La prevención no se justifica con la simple razón instrumental pues no se pueden obviar las consecuencias presentes y futuras que exigen consideraciones éticas y filosóficas.

4 Prevenir no es sólo “bio”, es “biopsicosocial”. ¡Cuidado con los servicios preventivos que ignoran los componentes psicosociales!

La enfermedad desde el punto de vista de la prevención es sobre todo ciencia con mucha ficción. Tiene siempre algo de ciencia que le da lustre, pero luego suele tener una enorme imaginación. Enorme por grande, no por diversa pues que todo lo centra en la pura biología.

Para la prevención, por ejemplo, la sexualidad es sólo bio, sólo erección y lubricación, sólo coitos vaginales, semen y un poco de saliva, sólo enfermedades de transmisión sexual y embarazos. En todo ello no cabe la satisfacción personal de ser amado y de amar, ni la espiritualidad de seres que vibran al unísono, ni cabe nada fuera de la normativa heterosexualidad de la pareja que utiliza la vía vaginal, consagrada como puerta única, viva y sagrada, no caben los fenómenos sociales sexuales, no existe lo trans, ni lo bi, ni lo lesbo, ni lo gay pues todo es un reduccionismo absurdo.

Véase el caso del déficit de testosterona¹⁶, con el que se promueve el uso de un medicamento como si fuera un alimento, como si no produjera ningún daño y sólo beneficios. ¡Pobres varones que juzgan su virilidad con los patrones industriales que promueven los expertos y sus sociedades científicas! El negocio es el negocio y, muchas veces, la prevención sólo es una forma de promoverlo como demuestra la invención como enfermedad del “síndrome del déficit de testosterona”.

Lo bio no es sólo cuestión de la sexualidad, también se puede estudiar en otros campo, como en

¹³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16166111>

¹⁴ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22610722>

¹⁵ [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)00418-4/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)00418-4/pdf)

¹⁶ <http://equipocesca.org/la-secrecion-de-testosterona-decae-naturalmente-con-la-edad-el-sindrome-por-deficit-de-testosterona-es-una-enfermedad-inventada/>

torno al envejecimiento. El envejecimiento activo se supone dependiente de la alimentación sana y del ejercicio prudente sin la menor mención a las actividades satisfactorias sociales, ni siquiera un poco de sexo, ni tampoco de optimismo.

No cabe recetar un aire risueño, ni jugar a las cartas, o cantar en un coro (o al ducharse), ni sonreír por las mañanas, ni disfrutar de amigos y familiares, ni un paseo por el goce del paseo y no por el maldito forzado ejercicio. Por supuesto, no cabe recetar cooperación con el vecino, ni una pensión digna ni una vivienda salubre. Todo es puro bio, desde el nivel de colesterol a la densitometría, desde el número de coitos a la audiometría, desde la vacuna contra el herpes zoster a la sarcopenia. ¿Cuántos polvos mecánicos equivalen a una buena sesión sexual tántrica? ¿Cuánto nivel de colesterol equivale al placer de comer huevos fritos por la mañana con el desayuno? ¿Cuántos kilómetros al disfrute en buena compañía de un atardecer “cualquiera”? ¿Cuánto control de diabetes a poder llegar a final de mes sin problemas económicos?

La prevención es biopsicosocial y la hiperfijación en el componente bio sólo demuestra los intereses preventivos de las industriales y de sus expertos y sociedades científicas.

5 Conviene no confundir prevención, promoción y protección. Son conceptos que se solapan, pero muy distintos

La prevención tiene un componente final negativo, pues se trata de evitar: “Son actividades sanitarias preventivas las que tratan de evitar daños futuros mediante intervenciones médicas diversas”.

Al final, la prevención trata 1/ de cambiar causas de muerte y 2/ incrementar la calidad de vida. Por ejemplo, con la vacuna contra el tétanos evitamos esa causa de muerte, y con el consejo contra el tabaco del médico y de la enfermera de cabecera evitamos el enfisema (la EPOC) y la muerte por cáncer de pulmón, entre otras muchas enfermedades. En la prevención sexual es clave, por ejemplo, el promover el uso del condón para evitar enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias en forma de sufrimiento y muertes.

En realidad, con la prevención no evitamos del todo las causas de muerte, ni siempre mejoramos la calidad de vida pues ambas cosas las intentamos conseguir en la población. Ya sabemos que hay una tragedia clínico-estadística, que definió otro clásico¹⁷, de forma que lo que es cierto para la población es muchas veces falso para el individuo. Buen ejemplo es la vacuna contra el tétanos que disminuye la enfermedad y mortalidad en la población pero en algunos casos infrecuentes puede no evitar la afectación de un individuo bien vacunado y con altos niveles de anticuerpos. Lo mismo el

¹⁷ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9539884>

consejo contra el tabaco, pues dejar de fumar disminuye el riesgo de cáncer de pulmón, pero no lo excluye (quienes no fuman tienen un riesgo cien veces menor, pero tienen un riesgo de padecer cáncer de pulmón).

La promoción de la salud tiene un componente positivo, en cuanto busca la mejora del nivel de salud.

Por ejemplo, es promoción de la salud el incremento de los espacios ajardinados en las ciudades, o de lugares para hacer deporte, o la disminución del precio de las entradas del cine, o el establecimiento de programas de turismo de calidad y baratos para jóvenes y ancianos, etc. En la promoción de la salud sexual es clave, por ejemplo, el fomentar la tolerancia social y legal ante las diversas orientaciones y opciones sexuales de forma que sea un disfrute el sexo y la propia sexualidad, con independencia de pertenecer a minorías.

La protección de la salud tiene un componente coercitivo, en cuanto busca el cumplimiento de normas legales de prevención y promoción de la salud.

Por ejemplo, la protección de la salud lleva a establecer reglamentos estrictos para la producción, transporte y uso de material radioactivo. En otro ejemplo, la protección de la salud establece normas sobre el montaje y uso del cinturón de seguridad en los vehículos de transporte. En el caso de la fiebre amarilla hay un acuerdo internacional que impone la vacunación para los viajeros a zonas geográficas de alto riesgo.

La prevención evita, la promoción mejora y la protección exige. Las tres se solapan muchas veces pero no son iguales, ni mucho menos.

6 Puestos a prevenir, lo primero es evitar los excesos curativos (diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores). La prevención empieza en casa

Querer prevenir el cáncer de ovario parece que está muy bien; es decir, parece que sea encomiable el intentar el diagnóstico precoz del cáncer de ovario con programas de cribado (*screening*). Pero sabemos que es inútil y peligroso. No tienen fundamento científico ni el cribado, ni el chequeo, ni la detección según oportunidad del cáncer de ovario. Son inútiles las rutinas de la determinación en sangre del marcador tumoral CA-125, la exploración ginecológica y la ecografía abdominal transvaginal.

En un ensayo clínico sobre la efectividad del cribado de cáncer de ovario, el resultado fue que hubo más mujeres diagnosticadas que sufrieron más, pues vivieron más tiempo con el diagnóstico. En el grupo de diagnóstico precoz se diagnosticaron más cánceres de ovario, pero cuando ya era tarde, y por ello las muertes no disminuyeron. Se adelantó el diagnóstico, pero llegó tras el «punto crítico de

irreversibilidad», ya demasiado tarde para evitar la muerte. Hubo más diagnósticos de cáncer de ovario pero las mujeres murieron igual. El resultado fue todavía peor, pues el 10% de las mujeres tuvo un falso positivo; es decir, en el cribado fueron sospechosas de cáncer de ovario que luego no se confirmó. Pero para saber que era falso positivo fue necesario hacer cirugía en el 33% de ellas. Y de estas, el 15% tuvo complicaciones graves por la cirugía¹⁸.

Cabe preguntarse, frente a todo estos vanos y dañinos intentos de diagnosticar precozmente el cáncer de ovario, porqué los médicos no dejan de causar cáncer de ovario con su actividad injustificable. Por ejemplo, se ha demostrado que la terapia hormonal en la menopausia causa 1 cáncer de ovario por cada 1.000 usuarias, y con la mortalidad habitual del cáncer de ovario se puede calcular que se producen 1 muerte por cáncer de ovario cada 1.700 usuarias de la terapia hormonal en la menopausia¹⁹.

Cabe preguntarse, también, porque se está imponiendo el uso de la TAC (*scanner*) en el diagnóstico de rutina de la apendicitis aguda. Para mejorar el diagnóstico de apendicitis se puede emplear la ecografía y también la TAC. Si se emplea la TAC se radian órganos muy sensibles, como los ovarios. Tal irradiación aumentará en el futuro la probabilidad de cáncer especialmente en las niñas, y por ello se intenta evitar el uso innecesario de la radiología. Se ha calculado que si se hiciera una TAC a 2.000 casos sospechosos de apendicitis se evitarían 12 apendicectomías innecesarias, al coste de provocar 1 muerte por cáncer²⁰.

Está bien intentar introducir prevención en la práctica clínica, pero más valdría empezar no haciendo daño injustificable que provoca justo aquello que se pretende evitar. La prevención, pues, primero en casa.

7 La prevención es sólo aparentemente simple. Considere la complejidad de adaptar las pautas preventivas al paciente, familia, comunidad y población en que intenta evitar sufrimiento futuro

El edificio de la prevención no tiene cimientos, pues se funda en la “historia natural” de la enfermedad, un constructo teórico inexistente en la práctica. El trabajo diario es incluso peor ya que el edificio de la prevención erige torres de arrogancia sobre cimientos de ignorancia. No es extraño que tal edificio lleve al desajuste de la clínica respecto a la salud pública.

Buen ejemplo es el error de confundir diagnóstico precoz con diagnóstico oportuno. Un buen médico hace diagnósticos certeros y apropiados, en su momento, lo que llamamos diagnósticos

¹⁸ <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=900666>

¹⁹ <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961687-1/abstract>

²⁰ <http://ebm.bmj.com/content/20/1/3.full>

oportunos. En muchos casos el diagnóstico precoz añade sólo daño y sufrimiento. La base teórica de la historia natural no existe y el diagnóstico precoz puede ser muy inoportuno y dañino, sobre todo en prácticas preventivas.

Es contraintuitivo pero cierto que diagnosticar precozmente puede dañar, bien porque el diagnóstico precoz conlleve una incierta previsión de evolución y no se pueda tratar, como sucede en el Alzheimer, bien porque el diagnóstico precoz sea un error pronóstico (no diagnóstico) como sucede en el sobrediagnóstico del cáncer de mama con la mamografía de cribado^{21, 22}.

Un buen médico no es el que hace diagnósticos precoces pues un buen médico es el que: 1/ tiene capacidad para realizar diagnósticos certeros y oportunos, 2/ hace un uso prudente de los recursos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores para maximizar beneficios y minimizar daños y 3/ tiene habilidad para responder apropiadamente a las necesidades de pacientes complejos en situaciones reales de limitaciones múltiples²³. En este contexto se vuelve central la capacidad profesional de adaptar las pautas preventivas a la complejidad de pacientes, familias, comunidades y poblaciones. Es lo que se llama en jurisprudencia "lex artis ad hoc"; es decir, lo mejor de la ciencia y técnica adaptado a las necesidades, creencias y expectativas del paciente.

Sirve de ejemplo de complejidad la propuesta de diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. La precocidad se justifica por los supuestos beneficios por el tratamiento del paciente. Pero no hay información para decidir acerca de la efectividad, del coste-beneficio y de las implicaciones para los servicios sanitarios y para la sociedad. No se han demostrado las ventajas de adelantar el diagnóstico de la demencia ni en el presente del paciente ni para su futuro. Falta información, incluso, para valorar los daños del cribado²⁴, además de que no haya tratamiento farmacológico de probada eficacia en el Alzheimer²⁵.

Como era de esperar, la "historia natural" del deterioro cognitivo leve, el pre-Alzheimer, es impredecible y muchas veces benigna. Por ejemplo, en un trabajo alemán, de seguimiento en Medicina General/de Familia de 357 pacientes de 75 años, o mayores, con trastorno cognitivo leve, se demostró que el 42% mejoró; tuvo un curso fluctuante el 21% y estable el 15%. El 22% evolucionó a demencia. La evolución fue peor en los más ancianos (edad media 80 años), en los que tenían cuadro más grave (deterioro en más de un campo cognitivo), cuando coexistía depresión y cuando fue casi imposible aprender algo nuevo y recordarlo a los 10 minutos. Así pues, el 78% de

²¹ <http://equipocesca.org/sobrediagnostico-de-cancer-de-mama-en-el-cribado-con-mamografia-salud-publica-clinica-y-etica/>

²² http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=2363025&utm_source=Silverchair%20Information%20Systems&utm_medium=email&utm_campaign=ArchivesofInternalMedicine%3AOnlineFirst07%2F06%2F2015

²³ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1312287>

²⁴ <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e8588/rr/633370>

²⁵ <http://www.prescrire.org/fr/3/31/49845/0/NewsDetails.aspx>

los pacientes diagnosticados de "deterioro cognitivo leve" ("pre-demencia") no había empeorado o habían mejorado al cabo de tres años de seguimiento²⁶.

La prevención no es cuestión rutinaria de algoritmos y de protocolos, ni de guías clínicas, ni de programas verticales. La prevención exige conocimientos científicos profundos y el sostenido contacto con las personas, familias, comunidades y poblaciones a las que se atiende para integrar las propuestas preventivas en el marco de la cultura, los valores y las preferencias de las mismas. La buena voluntad es condición necesaria pero no suficiente ni en prevención ni en clínica²⁷.

8 La prevención no ahorra costes, en todo caso los traslada al futuro. La falacia de Beveridge

Beveridge fue el economista inglés que impulsó el establecimiento del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido, tras la Segunda Guerra Mundial. Para lograr el apoyo de los políticos prometió, entre otras cosas, que el giro a la prevención disminuiría los costes pues una población más sana consultaría menos y consumiría menos recursos sanitarios. Al poco tiempo escribió al *British Medical Journal* un modesto e inteligente radiólogo denunciando tal propuesta como una falacia²⁸.

Efectivamente, la salud es un bien que conlleva consumo infinito de recursos sanitarios y mayor consumo cuanto más saludable sea una población, por mayor sensación de vulnerabilidad. Es lo que otro clásico²⁹ llamó "la paradoja de la salud" pues las poblaciones más enfermas se sienten más sanas que las poblaciones objetivamente más sanas. Ello lleva al consumo exagerado e injustificado de recursos sanitarios, cebado con la máquina del miedo, del *disease mongering* (crear enfermedades) y de la biometría^{30,31}, como bien demuestra la revisión del niño sano, un oxímoron en sí misma y un despropósito sin ciencia alguna que la justifique³² por más que se encuentre resultados pírricos en algunos casos con la simple medición de la altura sin más³³.

Es cierto que la prevención funciona, sobre todo la prevención socio-sanitaria tipo salario decente y agua corriente, pero no logra el objetivo de reducir los costes. También funciona la prevención sanitaria propiamente dicha, como el diagnosticar y tratar oportunamente a los niños recién nacidos con fenilcetonuria o a los ancianos con hipertensión de más de 160/100 mm Hg. Pero una cosa es que se logre el beneficio y otra que en conjunto se ahorre dinero en el sistema sanitario.

El consumo sanitario es insaciable y de hecho la población sana enferma al estar preocupada más

²⁶ <http://annfammed.org/content/12/2/158.full>

²⁷ <https://dl.dropboxusercontent.com/u/20268175/Un%20modelo%20explicat%20Interv%20sanit%20mediante%20teor%C3%ADas%20Tipos%20L%C3%B3gicos%20y%20Comunic%20Humana.pdf>

²⁸ <https://docs.google.com/document/d/1F9DLqvzbYoelni-IH7sbfX4Wcqmd8UQgS5xiHxsS3Pg/edit?pli=1>

²⁹ <http://www.bmj.com/content/324/7342/860>

³⁰ <http://equipocesca.org/clinical-prevention-patients%C2%B4-fear-and-the-doctor-s-guilt/>

³¹ <http://equipocesca.org/2008-seminars-innovation-primary-care-prevention-and-clinical-complexity/>

³² <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-seccion-tema-central-revision-del-nino-4907>

³³ http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/LLP3k9qgzlh7aNQBiadwmTNnYR7Y5Uo60SzCUEjrSG9oih0aclPTwJT19_G3ypkuSmRPLfOs3VBckafK3fn-ng

por la salud que por el disfrute de la salud. Esa preocupación puede llegar a obsesión, y es obsesión por la salud lo que predomina entre las clases medias y altas de los países desarrollados donde hay un feroz consumo de recursos sin que tenga impacto en la salud. De hecho estamos asistiendo al fenómeno de que el mayor consumo y gasto sanitario se corresponde con menor salud de la población³⁴.

La prevención sin límites lleva al incremento de la intensidad de uso, que es lo que aumenta el coste. El coste es creciente no porque las poblaciones envejecan, que también, sino porque se hace más cosas para resolver lo mismo y a veces con grave perjuicio. Por ejemplo, el inmenso gasto y daño de la violencia obstétrica cuyo objetivo ilusorio es mejorar la salud de la madre y del niño, pero que empeora su salud por carecer de fundamento científico el aplicar con liberalidad roturas de bolsas, monitorización fetal, infusión de oxitocina, episiotomías, forceps, cesáreas, etc. Por ejemplo, es contraintuitivo pero cierto que el corte perineal para disminuir los desgarros perineales provoca más daños perineales que el no hacer tal corte. La episiotomía empeora el resultado del parto pues incrementa la intensidad de los desgarros, el daño uretral/rectal, la dispareunia, etc³⁵. La violencia obstétrica es el símbolo más evidente del encarnizamiento médico con la mujer.

Además, en último término la prevención no salva vidas, simplemente cambia causas de muerte y añade calidad de vida. Por ejemplo, todos los pacientes “salvados” con las vacunas acaban muriendo, a veces de hambre, a veces por carecer de la cesárea necesaria, a veces de Alzheimer. Quien nace muere, y el coste sanitario fuerte se concentra alrededor de la temporada previa a la muerte.

Cabe, además, decidir con racionalidad pues no sabemos bien qué actividad financiar, si vacunar contra el sarampión a los niños de Camerún o si facilitar la cesárea a sus madres, por enfermeras y en el centro de salud³⁶. Cuando muere un niño por sarampión, la madre suele sobrevivir y puede cuidar de los demás hijos; cuando la madre muere por falta de una cesárea necesaria, los hijos tienen también gran probabilidad de morir.

La prevención no ahorra costes, y a veces sería mejor un Servicio Nacional de Enfermedad que un Servicio Nacional de Salud³⁷, pues la salud la produce más bien la mejora de los determinantes sociales y las políticas no sanitarias (con la inestimable ayuda de los profesionales sanitarios en algunas situaciones concretas). A veces, muchas veces, menos prevención es más salud; y en general, menos actividad sanitaria es mejor, pues los médicos nos hemos convertido en peligrosos y costosos para la salud. El énfasis excesivo en la prevención para evitar la enfermedad disminuye la

³⁴ <http://equipocesca.org/what-role-for-primary-health-care-in-modern-health-service-provision-seminar-of-innovation-in-primary-care-madrid-spain-22nd-september-2012/>

³⁵ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7595267>

³⁶ <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/6/11-088229/en/>

³⁷ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764107/>

prestación de servicios necesarios a quienes ya están enfermos.

9 Lo más peligroso en prevención es aceptar sin crítica los algoritmos, los consejos, los consensos, los cribados (rastreamientos, *screening*), las guías (*guidelines*), las pautas, los protocolos y las vacunas que proponen los expertos

Otro clásico³⁸ se preguntó por los arrogantes villanos que llevaron al tratamiento de millones de mujeres con los parches de hormonas para la menopausia, con consecuencia de cientos de miles de infartos de miocardio, cánceres de mama, ictus, embolias y cánceres de ovario. Su respuesta: los expertos. Literalmente: “Echo la culpa a los "expertos" médicos, a todos aquellos que, para sacar beneficios privados (por su conexión con la industria), para satisfacer una narcisista necesidad de reconocimiento público o por un equivocado intento de hacer el bien, abogan por pautas "preventivas" que nunca han sido validadas en ensayos clínicos aleatorizados y de calidad. No solo abusan de su posición apoyando, sin pruebas, maniobras "preventivas": también ahogan la disidencia”.

Aún otro clásico³⁹ escribió respecto a las vacunas: “Las vacunaciones constituyen un emblema de los lados oscuros del progreso científico-técnico. En tanto que los laboratorios las producen industrialmente y desarrollan sus estrategias de marketing múltiple sobre los profesionales, las autoridades y las poblaciones, intervienen en el campo político para garantizar las decisiones favorables a sus intereses. De este modo se produce una escalada de vacunaciones respaldadas por las sinergias entre los productores, las instancias de decisión del nuevo estado emprendedor, en su nueva versión terapéutica que hubiera inquietado a Thomas Szasz.

Pero el aspecto más novedoso, que constituye el reverso de la expansión terapéutica radica en la quiebra del consenso científico. En el interior de la comunidad científica y la profesión médica comparecen voces que cuestionan los beneficios de distintos procesos de vacunación, identificando paradojas, sesgos y riesgos. De este modo se genera una controversia que es encerrada en espacios especializados, de modo que no se encuentra presente en los medios masivos así como en las deliberaciones de gobierno. Las voces críticas son ocultadas y silenciadas. No son prohibidas pero nadie discute con ellas”.

A través del anatema a la crítica y al disenso se elimina la posibilidad científica de la mejora, y la prevención se convierte en una especie de salud persecutoria, que dirían dos clásicos⁴⁰. Las normas, pautas y guías, los protocolos y algoritmos se imponen por los expertos, como las vacunas y los

³⁸ <http://www.infodoctor.org/rafabravo/Sacket363.html>

³⁹ <http://www.juanirigoyen.es/2015/09/los-sentidos-de-las-vacunaciones.html>

⁴⁰ http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300019&script=sci_arttext

cribados, en vertical y sin fundamento científico. Es “todo o nada” de forma que las propuestas de crítica y mejora de vacunas, por ejemplo, se convierten en anatemas arrojados de “antivacunas”, con lo que se encela a la población hasta pedir el linchamiento de los disidentes.

Por supuesto, se ha demostrado que la mayoría de las guías clínicas carecen de fundamento científico, de sistemas de actualización y de consideraciones para facilitar su uso clínico, como se demuestra, por ejemplo, en las guías de ginecólogos y obstetras^{41, 42}. De hecho, a más expertos en los consejos de redacción, menor calidad científica pues los expertos se mueven con las anteojeras de sus intereses, no los de las poblaciones y pacientes. Todo ello sin contar con la influencia directa de la industria en las guías en general y en algunas en particular, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) en su quinta versión, que lo mismo introduce el trastorno disfórico premenstrual que la disforia sexual con tal de medicalizar la vida diaria.

¿Qué decir de las vacunas, con sus problemas sin resolver, como la evolución forzada de la bacteria de la tosferina por la vacuna, o la presencia universal de nuevos virus de la polio derivados de los virus de la vacuna de la polio, o la falta de eficacia de la vacuna de la gripe? Como dijo el clásico⁴³: “Muchas veces nace la enfermedad del mismo remedio”.

Se pretende una medicina uniforme basada en algoritmos, consensos, guías y protocolos y lo que se consigue es un infierno sin ciencia ni conciencia que sólo superficialmente parece evitar el problema de la responsabilidad con autonomía que implica riesgo de reclamaciones judiciales y la cárcel. Por principio, lo que proponen los expertos con sus consejos, consensos, cribados, guías clínicas, normas, protocolos, recomendaciones y vacunas hay que verlo como peligroso y fruto de su delirio arrogante. A veces, raramente, pueden tener alguna utilidad.

10 La prevención nos hace mejores y más autónomos, por ello no puede defenderse una prevención que infantiliza a pacientes, familias y poblaciones e incluso a profesionales

Si seleccionamos las pocas pautas preventivas que funcionan, sociales tipo democracia participativa, psicológicas tipo la pertenencia a corales, o biológicas tipo la vacunación contra el sarampión, tenemos oportunidad de llevar vidas más plenas y fructíferas. Es decir, más autónomas y felices. No es que la prevención produzca ni dicha ni alegría, pero sí evita causas de muerte y mejora la calidad de vida, de forma que puede tener un impacto tremendo en el día a día.

Lamentablemente, la prevención sin límites se acompaña de la expropiación de la salud de forma

⁴¹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21826038>

⁴² <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01443615.2014.920794>

⁴³ <http://www.sabidurias.com/cita/es/3813/baltasar-gracian/muchas-veces-nace-la-enfermedad-del-mismo-remedio>

que los individuos, familias, comunidades y poblaciones son cada vez más dependientes del sistema sanitario. Un duelo deja de ser un duelo, el periodo en que duele la pérdida de un ser querido para transformarse en una depresión (¡si dura más de dos semanas según el DSM-5!). Beber agua deja de ser un placer que responde a una necesidad y se convierte en la tontería moderna de ir bebiendo todo el día de una botella (¡llena de gérmenes y otros contaminantes!). Uno deja de tener sexo y actividad sexual en general por el puro placer y el regodeo y lo empieza a buscar porque es saludable, y para satisfacerlo precisa de medicamentos y consejos varios. Lo mismo sucede con la comida, que se convierte en una desesperación cuando se intentan cumplir las distintas pautas de los expertos, desde el consumo de galletas dinosaurios de la Asociación Española de Pediatría a las salchichas indecentes de la de Cardiología^{44, 45}, y la visita a la tienda de comestibles es como una visita a la farmacia, con los productos anunciados por “ricos” en fibra, magnesio, fósforo, hierro, vitamina C, vitamina D, calcio, etc en lugar de como productos sencillamente “ricos”.

Finalmente nos abruma con consejos imbéciles tipo: “Estamos en verano, camine por la sombra”, “Estamos en invierno, abríguese”, “Beba 8 vasos de agua al día”, “Si tiene manchas en la piel, consulte con el médico”, “Vacúnese contra la gripe”, etc. Nos vuelven imbéciles al aceptarlos. No es que nos infantilicen, que también, sino que nos desarmen y, cautivos y rendidos, hacen de nosotros lo que quieren.

Es cuestión social pero también es cuestión profesional. Los profesionales pierden autonomía y capacidades y cometen monstruosidades con la prevención sin límites que impera. Por ejemplo, los profesionales aceptan incentivos para vacunar contra la gripe, a sabiendas de su inutilidad y efectos adversos. En otro ejemplo, los protocolos y las guías se convierten en paraguas protectores que facilitan hacer barbaridades, como densitometrías de rutina en mujeres tras la menopausia, o mamografías de cribado a partir de los 50 años, o cribado de cáncer de próstata a los varones añosos. Cada vez es más difícil ser médico-médico, o enfermera-enfermera, o psicólogo-psicólogo, o farmacéutico-farmacéutico, o dietista-dietista, o fisioterapeuta-fisioterapeuta, etc. Se pretende, y se consigue en mucho, que los profesionales trabajen agarrados a las mesas (enfer-mesa, por ejemplo) obsesionados con el cumplimiento de los protocolos, lo que asegura el cobro de incentivos y la protección frente a las reclamaciones judiciales. Los profesionales pierden capacidad de tener juicio propio, se añiñan e envilecen.

Por todo ello la prevención sin límites disminuye al final la autonomía e independencia de pacientes, familias, comunidades, poblaciones y profesionales.

⁴⁴ <http://www.migueljara.com/2013/09/29/la-teletienda-de-las-sociedades-cientificas/>

⁴⁵ <http://pediatria-pepe.blogspot.com.es/2015/08/mas-sobre-los-dinosaurios-chocapics.html>