

## **Siempre habrá culpables si la enfermedad se interpreta como consecuencia de un “fallo” en la prevención**

Juan Gérvas, médico general rural jubilado, Equipo CESCOA, Madrid, España

[jjgervas@gmail.com](mailto:jjgervas@gmail.com)

[www.equipocesca.org](http://www.equipocesca.org)

[@JuanGervas](https://twitter.com/JuanGervas)

### **La enfermedad como castigo de los dioses**

La enfermedad se vio como una alteración consecuencia de alguna ofensa a los dioses. Así, por ejemplo se puede leer en la Biblia que: “Al pasar Jesús, vio a un hombre ciego de nacimiento. Y le preguntaron sus discípulos, diciendo: Rabí, ¿Quién pecó éste o sus padres, para que haya nacido ciego?”.

Es decir, los enfermos y discapacitados eran culpables por haber pecado, por haber ofendido a los dioses, y la culpa podía pasar de generación en generación.

### **La enfermedad como alteración biológica**

Con el desarrollo científico, laico y tecnológico la enfermedad dejó de ser castigo divino y se vio bajo el prisma mecánico de causa-efecto en que los seres humanos se consideran meros organismos biológicos y la enfermedad una modificación del diseño de la especie.

En esta visión, la Medicina es el dominio del conocimiento sobre los cambios fisiopatológicos que conllevan la pérdida de la normalidad y el consiguiente desarrollo de la enfermedad. En el paradigma racionalista, cada enfermedad tienen su propia entidad, su diagnóstico, lo que permite una respuesta adecuada, el tratamiento, y una perspectiva de evolución, el pronóstico.

Desde esta perspectiva, todas las alteraciones biológicas se podrían evitar y curar si tuviéramos el suficiente conocimiento y a ello aspiró la eugenesia primero, la medicina flexneriana después, y luego el movimiento higienista que desembocó a finales del siglo XX en la cultura de la prevención de los factores de riesgo.

### **En busca del riesgo cero**

En el modelo mecánico de causa-efecto, los cambios fisiopatológicos que nos enferman y dañan son atribuibles a causas concretas; por ejemplo, agentes infecciosos, alteraciones genéticas, déficit/exceso en alimentación, modificaciones bioquímicas, productos ambientales contaminantes y factores de riesgo varios. Si se pudiera controlar todo ello sería posible un mundo sin enfermedad, e incluso la juventud eterna.

Es decir, la enfermedad se debe a nuestro desconocimiento de su mecanismo fisiopatológico alterado y/o a nuestra incapacidad para evitar su desarrollo. La persistente presencia de la enfermedad, pese a los avances científicos, preventivos y tecnológicos, no desanima a la ideología del modelo mecánico sino que sirve de acicate en un esfuerzo constante, en el siglo XXI orientado a la genética “de precisión”.

### **Si supiéramos más, se podría prevenir toda enfermedad**

En este modelo de causa-efecto, la prevención podría evitar la mayoría de las enfermedades y, ante el sufrimiento, la pregunta sería: “¿Qué hemos dejado de hacer que hubiera evitado la enfermedad?”. La respuesta puede referirse a cuestiones personales y/o sociales.

Tal concepción reduccionista del enfermar conlleva que la población desarrolle miedo al enfermar y los médicos culpa por no haberla evitado. La salud se convierte en una obligación y la medicina en una religión omnipotente, de forma que individuos y poblaciones aceptan someterse a duras restricciones sanitarias en la esperanza de una salud perfecta. Tal espejismo de la salud ciega la comprensión del vivir y del enfermar e impide el disfrute del paso de los días, con sus alegrías y sus desazones.

El miedo es el instrumento que consigue la sumisión de pacientes y poblaciones, como bien demuestra el caso del embarazo y parto en que el hábito autoritario médico llega a su máxima expresión con la violencia obstétrica, aceptada por el miedo al “por si acaso”. Ese miedo conlleva la “subordinación tecnológica”, la supeditación al paradigma tecnocrático que conlleva la medicalización del embarazo y del parto.

Esta visión implica una cierta superioridad moral que permite ver a los enfermos como delincuentes que reciben su justo “castigo” por no haberse cuidado, por no haber prevenido lo suficiente. Sirvan de ejemplo el infarto de miocardio en fumador sedentario y obeso, la infección por VIH en paciente pobre adicto a drogas por vía intravenosa, la fractura de cuello de fémur en anciana que tropieza con las alfombras que adornan su casa, el bebé con microcefalia en madre que no cumplió todos los controles en el embarazo o el ingreso en la UCI por neumonía consecuenta a gripe en paciente con asma no vacunado contra la gripe. No obstante, conviene recordar que enfermedades, sufrimiento y muerte son parte de la vida de forma que “good people, doing all the right things, can nevertheless develop bad diseases” [también las buenas personas que hacen todo bien pueden sufrir enfermedades graves].

### **La prevención como imperativo categórico**

Cuando la enfermedad se interpreta como consecuencia de un “fallo” en la prevención, esta se convierte en un imperativo categórico. Es decir, en una obligación absoluta e incondicional que hay que ofrecer en todas las circunstancias. Se impone, así, una visión lineal de causa-efecto que pretende modificar el impredecible futuro mediante medidas preventivas que generalmente se presentan como fáciles, simples, sin efectos adversos y muy baratas (“coste-efectivas”).

Se convence a individuos y poblaciones de que vale la pena un presente de negaciones e imposiciones “preventivas” con la promesa de un futuro libre de enfermedad y de sufrimiento. Es decir, se pretende una sociedad en que vivamos dependiendo de médicos, medicamentos y actividades preventivas en general, no viviendo ni disfrutando del presente.

Los algoritmos, guías clínicas, protocolos y tablas de riesgo se convierten en instrumentos que se imponen pues reducen la incertidumbre clínica y vital, con la promesa de conseguir la salud si se cumplen sus premisas. Médicos y pacientes pierden la visión personalizada del enfermar y la dignidad de vivir disfrutando de la vida según los propios valores culturales, expectativas y miedos.

### **Los cuerpos y almas encuentran la forma de enfermar y de morir**

Ante la enfermedad y la muerte el médico pasa a ser culpable pues siempre hubo teóricas oportunidades perdidas de prevención. En muchos casos son pautas preventivas sin fundamento científico, por más que sean la norma en la comunidad profesional y social de que se trate. Así, por ejemplo, en España el prescribir ácido fólico todo el embarazo y el recomendar la vacuna de la meningitis B a todo infante, o en Estados

Unidos el determinar el PSA en todo varón mayor de 50 años.

“Claro, tenía usted que ahorrar, que eso es lo que le mandan, y le pedimos la receta de ácido fólico pero no nos la hizo. “Sirve sólo en el periodo periconcepcional” repetía como un papagayo ¡Y ahora con una niña de por vida con espina bífida...!”.

“Vengo a decirle que David, nuestro hijo, está ingresado con meningitis. Sólo para que lo sepa. Esperamos que quede bien porque si no usted lo va a recordar toda la vida. ¡Pensar lo mucho que insistió en que la vacuna de la meningitis B era una vacuna innecesaria y que no teníamos que comprarla...!”.

“Usted no le hizo el PSA a mi padre, y mire ahora, con el cáncer de próstata que le invade hasta las cejas. ¡Qué vergüenza de sistema público, esto en privada no hubiera pasado!”

El médico siente culpa y vergüenza ante el enfermar y la muerte, como si fuera un fallo de su poder, como si todo sufrimiento le pudiera ser atribuido y como si la enfermedad y la muerte no fueran parte del paisaje vital de los humanos.

En el caso práctico y real de un médico estadounidense que perdió el juicio por seguir las normas preventivas científicas respecto al PSA, la parte más dura fue la declaración de varios compañeros señalando que ellos pedían el PSA sin pensarlo, siempre, de rutina. Es decir, la práctica clínica habitual en esos casos (lex artis ad hoc, praxis médica habitual, “el “reasonable standard of care”) sigue en mucho el modelo en que la prevención es un imperativo categórico, con independencia del daño y del coste que conlleve.

La tozuda realidad demuestra que los cuerpos y almas encuentran la forma de enfermar y de morir, y que el sufrimiento forma parte de la vida “normal” que los médicos ayudan a sobrellevar con dignidad. De hecho, los humanos tenemos un doble pasaporte, el de la alegría, el disfrute y la vida y el de la angustia, el sufrir y la muerte, y ambos pasaportes nos acompañan desde la cuna a la tumba.

### **Hay que decir no (ética de la negativa)**

Trabajar con la ética de la negativa supone decir "no" de forma apropiada y justificada, con suavidad y cortesía, ante las solicitudes excesivas de pacientes y familiares, compañeros y superiores.

Hay quien quiere imposibles, y conviene saber decir "no", sin acritud, y con la tolerancia que conviene al acto clínico, a la necesaria amabilidad imprescindible para mantener la buena relación médico-paciente. A veces, por ejemplo, el paciente quiere una prueba innecesaria, o un tratamiento excesivo. Otras veces son los gestores y políticos los que pretenden cosas como el cumplimiento de protocolos y guías sin fundamento científico o la colaboración en programas de cribado de cáncer inútiles y peligrosos, o el uso de tablas de riesgo cardiovasculares absurdas.

La ética de la negativa exige un enorme profesionalismo, un fuerte compromiso con la profesión y con los enfermos, y un caudal inagotable de conocimiento científico.

### **¿Qué hacer?**

Los médicos somos tanto sanadores como científicos y nuestro valor social lo logramos comprometiéndonos con el sufrimiento de pacientes y poblaciones. Ello implica la renuncia a la omnipotencia de la falsa ciencia y de la falsa prevención y la aceptación humilde de la posibilidad de dar confianza en que se evitará lo médicamente evitable (nada más y nada menos que evitar la morbilidad y mortalidad innecesariamente

prematura y sanitariamente evitable, MIPSE). Ello implica, también, ofrecer el profesionalismo basado en la ética y en los valores.

Milagros no hay y los médicos no somos dioses por lo que todos sufrimos, enfermamos y morimos. Siempre habrá culpables si la enfermedad se interpreta como consecuencia de un “fallo” en la prevención. El miedo al enfermar y a la muerte de pacientes y poblaciones y la culpa de los médicos por la enfermedad y la muerte de sus pacientes y poblaciones debe tener el límite sensato de ejercer una Medicina con límites y prudente.

Hay que aceptar la inevitabilidad del enfermar y del morir y renunciar a las medidas “heroicas” preventivas que carecen de ciencia, por más que se hayan convertido en norma en la práctica clínica. Nuestros pacientes esperan y precisan “lo mejor” y muchas veces lo mejor no es “lo habitual” (praxis médica habitual).

Los médicos ejercemos juiciosamente entre dos irracionalidades, la irracionalidad técnica (todo para la sociedad) y la irracionalidad romántica (todo para el paciente presente). Si no logramos el punto justo en cada caso y situación podemos convertirnos en un peligro, y hacer ciertas las palabras de Iván Illich al comienzo de “Némesis Médica”, en 1975: “La Medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud”.

Hay que tener coraje, conciencia y ciencia para situarnos en el punto de equilibrio que tenga en cuenta al tiempo lo general y lo particular y lo social y lo individual. Ese punto en que se decide con sensatez entre la irracionalidad totalitaria de las “pruebas/evidencias” y la praxis médica habitual y la irracionalidad sentimental del “caso excepcional” que justifica intervenciones absurdas.

## **Bibliografía**

A doctor is sued for following the USPSTF guidelines on prostate cancer screening  
<https://www.kevinmd.com/blog/2004/05/doctor-sued-uspstf-guidelines-prostate-cancer-screening.html>

Agustín García Calvo y la salud persecutoria

<http://www.juanirigoyen.es/2019/03/agustin-garcia-calvo-y-la-salud.html>

Alerta, pregunta incómoda: ¿está fracasando la medicina?

[https://elpais.com/elpais/2016/08/31/buenavida/1472648769\\_377736.html](https://elpais.com/elpais/2016/08/31/buenavida/1472648769_377736.html)

Clinical practice guidelines and the overuse of health care services: need for reform

<http://www.cmaj.ca/content/191/11/E297>

Clinical prevention: patients' fear and the doctor's guilt

<http://equipocesca.org/clinical-prevention-patients%20b4-fear-and-the-doctor-s-guilt/>

Cómo ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata

[http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9\\_Como\\_ejercer\\_una\\_medicina\\_arm\\_nica.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9_Como_ejercer_una_medicina_arm_nica.pdf)

Consumo en salud

<https://medymel.blogspot.com/2019/03/consumo-en-salud.html>

El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico.

<https://www.revistadelauniversidad.mx/storage/b0182bb6-e80d-491b-8f3b-02963406aae6.pdf>

Enfermedad: ciencia y ficción <http://equipocesca.org/enfermedad-ciencia-y-ficcion/>

Getting at the roots rather than pruning the branches of overdiagnosis

<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/03/15/getting-at-the-roots-rather-than-pruning-the-branches-of-overdiagnosis/>

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/8454>

Mamá desobediente

<https://capitanswing.com/libros/mama-desobediente/>

Némesis médica

<https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>

Prevention and clinical complexity

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

Role of fear in overdiagnosis and overtreatment.

<https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6123.full>

Screening for 'hidden' pancreatic cancer can put people in jeopardy.

<https://www.statnews.com/2019/03/29/pancreatic-cancer-screening-puts-people-jeopardy/>

The Zero-vision: Potential side effects of communicating health perfection and zero risk.

[http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents\\_electroniques/MET/MET-COM/ELE%20MET-COM%20A-7848.pdf](http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/MET/MET-COM/ELE%20MET-COM%20A-7848.pdf)

Three questions I ask before using a guideline

<https://www.bmj.com/content/364/bmj.l358>

Why we can't trust clinical guidelines

<https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3830>

Winners and Losers

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/197947>