

# Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina

María Noble

Médica Clínica

Secretaría de Educación Médica Continua de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)

E-mail: marianoblearg@yahoo.com.ar

*“Las artes, las ciencias y la filosofía tienen por delante una tarea  
esquiva: abrir grietas en la seguridad de lo ya pensado y atreverse a  
imaginar nuevas preguntas”*

Paula Sibilía (1)

---

## Resumen

Seducida por los fármacos, la tecnología, la biometría, las guías de práctica clínica, la medicina actual se aleja cada vez más del sujeto de su cuidado. La prevención cuaternaria es una entre varias voces que en el mundo vinieron a denunciar los excesos de la práctica médica consecuentes a esta situación. Hay excesos evidentes, como la larga lista de estudios pedidos sin indicación, otros son imperceptibles, como la medicalización de la vida y los excesos preventivos que están arraigados en la cultura actual y además son reclamados por una sociedad que pide certezas a cualquier costo. La prevención cuaternaria propone un conjunto de actividades tendientes a evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias protegiendo al sujeto del sobrediagnóstico y del sobretratamiento, y proponiéndole alternativas éticamente aceptables donde el balance de los beneficios y riesgos sea claramente favorable (basado en evidencias de la mejor calidad), respetando la autonomía del sujeto que debidamente informado puede elegir lo mejor para sí y tendiente a un uso de recursos racional y equitativo. Para poder lograrlo, es imprescindible tener fuentes de información confiables, una educación médica independiente de las industrias de la tecnología y los fármacos interesadas en su prescripción y una medicina que vuelva a hacer de la persona su interés central.

**Palabras claves:** Prevención cuaternaria - Sobrediagnóstico - Sobretratamiento - Medicina entrada en la persona - Medicalización.

QUATERNARY PREVENTION: AN ATTEMPT TO AVOID THE EXCESSES OF MEDICINE

## Abstract

Seduced by technology, biometrics, practical guidelines and the use of medication, medicine has been driven away from the subject of its care. Quaternary prevention is, among other voices around the world, trying to denounce the consequent excesses of medical practice given by this situation. There are visible excesses, such as the long list of studies being performed on patients without indication, and others, much more subtle, as excessive prevention and the continuous and progressive medicalization of life itself that are rooted in our culture and demanded by a society that requests certainty at almost any cost. Quaternary prevention proposes a series of actions leaning towards avoiding and diminishing the damage produced by health care activities, in order to protect the subject of overdiagnosis and overtreatment; offering also ethical and viable alternatives in which the balance of risks and benefits (based on the best evidences) respects the autonomy of the subject by properly informing and allowing him to decide among the best options he has; altogether in a process that contemplates a rational and equitable use of resources. In order to achieve this, reliable sources of information and a medical education not dependent on industries related to technology or pharmaceuticals, are vital; in conjunction with a medicine that reestablishes the subject as its main and central interest.

**Key words:** Quaternary prevention - Overdiagnosis - Overtreatment - Person-centered medicine - Medicalization.

## Introducción

“Prevención cuaternaria” fueron las palabras que eligió Marc Jamouille, médico de familia de origen belga para dar cuenta de la necesidad de acciones para limitar los excesos de las actividades médicas. Así, podríamos definir a la prevención cuaternaria, como el conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias (2).

La palabra “prevención” no debe confundirnos, la prevención cuaternaria no remite exclusivamente a las prácticas preventivas, sino a todas las áreas de la actividad médica, dado que en todas ellas se producen excesos.

Esta propuesta postula una mirada crítica sobre la práctica médica actual que, seducida por los fármacos, la tecnología, la biometría, las guías de práctica clínica, se aleja cada vez más del sujeto de su cuidado.

La prevención cuaternaria supone volver a centrar la Medicina en el paciente tal como lo expresa la definición de Marc Jamouille recogida en el Diccionario de medicina general y de familia de la *World Organization of Family Doctors* (WONCA): “Las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables” (2).

La inclusión de la ética en la definición es muy acertada, dado que a la hora de realizar cualquier acto médico, repasar los principios de la bioética es una forma de minimizar el riesgo de errores.

De los 4 principios de la bioética enunciados por Childress y Beauchamp (3) en 1978, el *Principio de Beneficencia* es el que los médicos incorporamos más fácilmente, no sólo porque estamos entrenados en hacer, sino también porque la mayoría de los trabajos de investigación tienen como resultado principal demostrar los beneficios de determinadas prácticas y/o intervenciones farmacológicas.

El *Principio de No Maleficencia*, que debería estar indisolublemente unido al primero, en general es considerado más livianamente, al momento de indicar estudios o tratamientos. Suelen enfatizarse los beneficios y minimizarse los daños, de la mano de evidencias científicas que, en general, no tienen en cuenta en los resultados principales la seguridad o los daños, aunque suelen incluirse como resultados secundarios, cuando en realidad las acciones terapéuticas deberían provenir de un ajustado balance de beneficios y riesgos y NO deberían realizarse a menos que esté claramente demostrado que los beneficios son mayores que los riesgos.

El *Principio de Autonomía* -que supone que el paciente informado, con las mejores evidencias disponibles, entiende y acepta los beneficios y riesgos a los que una práctica o tratamiento lo exponen- es pasado casi sistemáticamente por alto en un modelo de ejercicio médico que conserva rasgos francamente paternalistas y en gran medida autoritarios.

Lamentablemente, también el *Principio de Justicia* -que propone una distribución equitativa de los recursos de Salud entre los miembros de la comunidad- dista de

cumplirse en las sociedades contemporáneas, que incluyen a la medicina en un modelo de consumo voraz.

Así lo expone JT Hart con el concepto de Ley de Cuidados Inversos: la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Los pacientes con mejor salud y mayores recursos, son quienes están sobre-estudiados y consumen recursos sanitarios en exceso (con los riesgos consecuentes de ello, incluida la pérdida de la percepción de salud), mientras que las poblaciones desfavorecidas, acceden menos, reciben menor cuidado y tienen mayores tasas de mortalidad (4).

La prevención cuaternaria es una, entre varias voces, que en el mundo vino a denunciar los excesos médicos y está trabajando intensamente en esta área. Solo para citar algunas otras:

- Las revistas JAMA y BMJ con sus campañas “*Less is More*” y “*Too much Medicine*”, respectivamente publican hace años artículos que dan cuenta de esta temática.

- El Grupo *Preventing Overdiagnosis* ([www.preventingovertreatment.net](http://www.preventingovertreatment.net)) uno de cuyos líderes, Gilbert Welch, es un activo investigador de los temas de sobrediagnóstico y sobretratamiento.

- La iniciativa *Choosing Wisely* ([www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)), iniciada en 2012 por la Fundación ABIM ([www.abim.org](http://www.abim.org)) de la junta de Medicina Interna de los EE.UU., orientada a ayudar a médicos y pacientes a realizar elecciones adecuadas acerca del control de su salud.

- La Iniciativa Inter-Especialidades recientemente organizada en nuestro país.

## Diversas variantes de los excesos

Hay excesos evidentes, otros más sutiles. Evidente es una larga lista de estudios pedidos sin indicación. Otros son imperceptibles, como la medicalización de la vida y los excesos preventivos que están arraigados en la cultura actual y además son reclamados por una sociedad que pide certezas a cualquier costo.

## Medicalización de la vida

Este concepto podría sintetizarse en la lúcida e irónica frase de Aldous Huxley: “*La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano*” (5). Dicho de otro modo, es la conversión de situaciones normales en patológicas; esto está facilitado por el hecho de que numerosos fenómenos y parámetros biométricos implican un espectro entre la normalidad y la anormalidad cuyo límite no siempre es claro.

Iona Heath, médica de familia de origen inglés, en uno de sus múltiples artículos (6) alude a la combinación tóxica de intereses creados, pensamientos esperanzados y buenas intenciones, que generan una presión continua para extender el rango de la anormalidad, generando una epidemia de enfermedades asintomáticas (definidas sólo por alteraciones biométricas), con el consecuente consumo de recursos de salud destinados a llevar esos números a un estado de supuesta normalidad. En ese

proceso, personas que están perfectamente sanas son sometidas no sólo a diagnósticos, que en sí mismos parecen implicar un compromiso para la salud, sino también a tratamientos con significativos efectos colaterales (6).

Son diversas las formas en que se puede medicalizar la vida, entre otras:

- Transformando factores de riesgo en enfermedades.
- Ampliando el concepto de enfermedad a través de la redefinición de los puntos de corte para el diagnóstico y/o generando la categoría de pre-enfermedades.
- Recategorizando como enfermedades los procesos vitales (*Disease Mongering*).

#### *Transformación de factores de riesgo en enfermedades*

Si bien los factores de riesgo se asocian estadísticamente y de un modo plausible con una enfermedad, no son necesarios ni suficientes para que se presente la enfermedad, y además aunque su evitación puede disminuir el riesgo de la patología, no por eso excluye por completo la posibilidad de padecerla.

Luis David Castiel y Carlos Álvarez-Dardet expresan al respecto: “Existe algo de persecutorio en la idea de conocer el futuro para prevenirse de las muchas amenazas que parecen acecharnos (...) Hay sectores de las ciencias de la salud que empezaron a colaborar, con más fuerza, con estrategias corporativas de la industria farmacéutica para hacer la ocurrencia de la enfermedad un espacio ampliable, tanto en el presente, al crear nuevas enfermedades y mediante la noción del riesgo, medicalizando también el futuro” (7).

“El hecho de que los médicos diagnostiquen y traten riesgos virtualiza la noción de beneficencia. (...) Lo mismo sucede con los límites del principio de no maleficencia (...) ¿El nivel de daño físico, mental o económico debe ser el mismo para diagnosticar y tratar riesgos que para diagnosticar y tratar enfermedades? (7)”.

#### *Ampliación del concepto de enfermedad*

Los corrimientos de los puntos de corte para el diagnóstico de una patología implican que millones de pacientes pasen a la categoría de enfermos o de personas en riesgo (ejemplo: DBT, HTA, hipercolesterolemia).

La redefinición de estos umbrales diagnósticos, que con frecuencia implican una terapéutica, son determinados por paneles de expertos.

Ray Moynihan, periodista de temas de salud de origen australiano, publicó un trabajo donde se propone identificar lineamientos en los que se cambiaron las definiciones de enfermedad, evaluar si los cambios propuestos aumentaron el número de personas que padecen la enfermedad, si se investigaron los daños potenciales de las modificaciones propuestas y si existían relaciones entre los miembros del panel de expertos y la industria farmacéutica (8).

Del mismo surgió que, entre 2000-2013, de 16 publicaciones acerca de 14 problemas de salud, 10 cambios propuestos ampliaron las definiciones de enfermedad, ninguna incluía evaluaciones rigurosas de daños poten-

ciales y de 14 paneles que aclaraban conflictos de interés, 12 estaban presididos por expertos que tenían relación con la industria y el 75% de miembros de los mismos también tenían lazos con la industria (8).

Asimismo, como lo remarca el cardiólogo argentino Hernán Doval respecto a las guías de práctica clínica, “las recomendaciones de Clase I con nivel de evidencia A, que si se acatan sería criterio de calidad en la prestación médica, son el 5% al 10% de todas las recomendaciones. La gran mayoría son recomendaciones de Clase IIa o IIb con criterios de evidencia poco concluyentes” (9).

De tal modo que no podemos tomar las guías de práctica como una verdad incuestionable.

#### *Transformación de procesos vitales en enfermedades*

Escribe el cardiólogo argentino Carlos Tajer: “De la mano de los avances en el desarrollo de la industria farmacéutica, malestares de la vida o circunstancias naturales se han “ontologizado” como enfermedades (...). Todo tema que puede modificarse con un fármaco ha seguido la intención de ser ontologizado (transformado en entidad). (...) La nosología no es inocente, induce cambios notables en nuestra forma de pensar a nuestros semejantes” (10).

Esta variante del *marketing* farmacéutico tiene una estrategia: las nuevas enfermedades se promocionan con campañas de concienciación a través de los medios de comunicación. Tales campañas generan en las personas que reciben el mensaje la necesidad de buscar un tratamiento. Con frecuencia, utilizan médicos líderes de opinión para impartir cursos, publicar artículos en revistas especializadas y en revistas de divulgación.

Entre varios ejemplos, pueden citarse la agresiva promoción que tuvieron, en Australia, la alopecia como problema médico de la mano de la aparición del Finasteride y la fobia social de la mano de la aparición de la Moclobemida en 1997 (11).

Esto conduce a que la construcción social del concepto de enfermedad sea reemplazado por el concepto construido por las corporaciones.

El fenómeno de la medicalización genera una paradoja, tal como lo expresa Sixto Morell: “En los países ricos vivimos una paradoja (...): a pesar de tener mayor calidad y esperanza de vida con mejores indicadores de salud, la sensación de enfermedad y la dependencia del sistema sanitario es cada vez mayor. (...) Es un hecho innegable que hemos cambiado la forma de valorar la salud y la enfermedad, diluyéndose los límites entre ambos y pasando a ser la salud un bien de consumo más” (12).

### **Excesos preventivos**

El popular axioma “es mejor prevenir que curar” merece ser revisado, si consideramos que implica proponerle a una persona sana una práctica con consecuencias en apariencia beneficiosas, pero con riesgos potenciales, en ocasiones graves. David Sackett en su artículo “La arrogancia de la medicina preventiva” expresa: “La agresividad con la que vamos tras un paciente sano y saludable, sólo puede justificarse si las intervenciones se basan en el más

alto nivel de evidencias (*trabajos randomizados y controlados y preferentemente revisiones sistemáticas de trabajos randomizados controlados*) que garanticen que la prueba va a aportar más beneficios que daños (...). Sin eso no se puede pedir a una persona sana que acepte una intervención sobre su salud" (13).

Sin embargo, prácticas de todos los días, arraigadas en la actividad médica y en la cultura, carecen de pruebas adecuadas o peor aún tienen pruebas que demuestran la inconveniencia de su realización. Un ejemplo de esto último es la utilización de la ecografía transvaginal en mujeres asintomáticas, que tiene recomendación en contra de su realización, por los daños que genera, de la mano de intervenciones innecesarias, sin lograr beneficios en mortalidad total, por cáncer de ovario, ni reducción de estadios avanzados. (14)

Una de las prácticas más valoradas en la sociedad, el chequeo o el examen periódico de salud, recomendada por médicos y medios de comunicación, no sólo demostró no ser útil para reducir mortalidad total, cardiovascular ni mortalidad por cáncer (15), sino que puede generar daños potenciales (algunos de los cuales atañen no sólo a las prácticas preventivas, sino a todos los estudios de diagnóstico), entre los que mencionaremos:

- Falsos positivos: si bien es de escasa gravedad, implica la repetición de un estudio, o la realización de otro estudio para descartar la patología. En muchos casos, la segunda prueba es agresiva, ejemplos TC de tórax para evaluar un falso positivo de una radiografía de tórax, cateterismo para descartar enfermedad coronaria sugerida por un falso positivo en la ergometría. En muchos casos a la pérdida de tiempo, dinero y gastos de recursos, se le suma el daño psicológico que implica al paciente.

- Hallazgos incidentales: son resultados verdaderos positivos, de valor incierto, obtenidos inesperadamente en un estudio realizado con otros propósitos. Si bien en su mayoría son inofensivos, la imposibilidad de aseverarlo, implica en muchos casos, otros estudios o procedimientos y en innumerables ocasiones seguimiento de lesiones intrascendentes. Resulta más probable encontrar un "incidentaloma" que la entidad nosológica investigada. La frecuencia de los "incidentalomas" en cualquier examen, en una revisión de 44 estudios con 41866 pacientes fue del 23.6% (IC 95% 15.8-31.3%) y aún más alto en estudios que emplearon TC (31.1%, IC 95% 20.1-41.9%) (16). Estos datos nos remiten a la necesidad de una selección minuciosa y reflexiva de las pruebas de diagnóstico y de rastreo.

- Los hallazgos incidentales causan ansiedad, consumo de tiempo y recursos, la percepción de estar enfermo (etiquetamiento) y la consecuente pérdida de bienestar que todo esto implica.

- Sobrediagnóstico: designa el diagnóstico de una enfermedad que nunca causaría daño ni la muerte del paciente si estuviese librada a su evolución. Este es un tema difícil de entender y estudiar, sobre todo en el rastreo oncológico.

El cáncer es una entidad compleja y heterogénea y puede seguir múltiples caminos. Hay lesiones indolentes que no producen daño a lo largo de la vida del paciente y otras que progresan a metástasis y muerte. El propósito del diagnóstico temprano de cáncer fue reducir la

tasa de enfermedad avanzada y disminuir la mortalidad por cáncer. Sin embargo, los datos de los EE.UU. sugieren aumentos significativos en enfermedad de estadio temprano, sin una disminución proporcional en estadios avanzados y muerte en diversos tipos de cáncer, lo cual sugiere la detección de numerosos casos de lesiones indolentes. Esserman en su artículo del JAMA propone que numerosas lesiones detectadas durante chequeos de cáncer de pulmón, tiroides, próstata y mama no sean llamadas cáncer, sino lesiones indolentes de origen epitelial (17).

Hay una creciente preocupación entre los médicos, científicos y organizaciones de defensa de los pacientes para que cientos de miles de hombres y mujeres se someten a tratamientos innecesarios, nocivos y hasta desfigurantes, a veces, por lesiones cancerígenas y pre-malignas que crecen con tanta lentitud que tienen pocas probabilidades de llegar a causar daño alguna vez. El problema es que cuando médicos y pacientes toman conciencia de una lesión, por lo general se sienten obligados a hacer una biopsia y a intentar extraerla, con el dolor y el riesgo físico y psicológico que eso implica para el paciente ya que, desafortunadamente, los médicos no pueden decirles con certeza a sus pacientes cuál será el comportamiento de esa lesión en su caso en particular (17).

Es por eso que estudiar con precisión los beneficios y riesgos de cada práctica e implementarla sólo cuando los beneficios superen netamente los riesgos, en el momento y con los intervalos que correspondan, en un paciente que, informado de la práctica, la acepta, deviene un imperativo ético a la hora de realizar un *screening*, especialmente oncológico.

- Gasto/Inequidad: el uso indiscriminado de métodos de diagnóstico y tratamientos innecesarios implican un enorme costo en salud. Como se mencionó anteriormente, la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. En general la medicalización y los excesos preventivos tienden a producir un desvío de recursos de las personas enfermas a las personas sanas, de los ancianos a los más jóvenes y de los más pobres a los que tienen mayores recursos.

No debe perderse de vista que los presupuestos de salud -públicos y privados- son finitos y lo que se malgasta en acciones innecesarias deja de gastarse en algo realmente necesario.

### ¿Por qué estamos como estamos?

Iona Heath, una de las voces más autorizadas en esta temática, reflexiona lúcidamente al respecto: "*El miedo casi universal a morir y el deseo de una vida más larga y saludable generan un real entusiasmo por la prevención tanto en los pacientes como en los gobiernos, los medios y algunos médicos y es cultivado por la industria farmacéutica y tecnológica*".

Este párrafo resume la complejidad del tema y la gran cantidad de actores involucrados en la génesis del sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento, no sólo en el área

preventiva sino en todas las áreas de la actividad médica. Sin embargo, no hay que perder de vista que la decisión última de la prescripción es la del médico que atiende a una persona.

Los médicos, mayoritariamente, tienen genuino interés en diagnosticar y tratar a sus pacientes y en ese camino tienen que enfrentar numerosas dificultades y limitaciones. En general, tienen baja tolerancia a la incertidumbre, a pesar de que la Medicina está atravesada por ella. Asimismo, el acceso a las fuentes de información no es siempre fácil, se encuentra restringido, porque la suscripción a las revistas tiene costos habitualmente altos.

Las fuentes de información, con frecuencia, tienen sesgos y los médicos no siempre poseen la formación suficiente para detectarlos. Se sienten, asimismo, presionados por la demanda de los pacientes, el tiempo escaso para atenderlos y el temor a la *mala praxis* y carecen, con cierta frecuencia, de habilidades comunicacionales suficientes para enfrentar este desafío.

En un estudio donde se les preguntaba a médicos generalistas y de familia si sus pacientes estaban recibiendo demasiados cuidados, el 42% respondió afirmativamente y adujo que los principales factores para una práctica más agresiva son: preocupación por *mala praxis* (76%), medidas de *performance* (52%), falta de tiempo con los pacientes (40%). Consideraron, además, que los incentivos financieros predisponen a una práctica más agresiva y el 62% opinó que se reducirían los test diagnósticos si no generaran ingresos para los médicos (18).

Por su parte, los pacientes, frecuentemente usan con la medicina una lógica de consumo donde está instalada la idea que más es mejor, basada en creencias, informaciones erróneas o malintencionadas y en el temor a la enfermedad y a la incertidumbre.

Sin embargo hay investigaciones que dejan claro que los estudios diagnósticos no redundan siempre en reaseguro, como lo demuestra la revisión sistemática de 14 trabajos randomizados controlados donde los test diagnósticos para síntomas de bajo riesgo de enfermedades serias, tienen poco beneficio para reasegurar a los pacientes, disminuir su ansiedad o resolver sus síntomas aunque pueden reducir futuras visitas de atención primaria (19).

Iona Heath comenta *"El trabajo clínico está cercado por la incertidumbre porque la aplicación de verdades biomédicas generalizadas al contexto de la vida de un paciente individual con sus circunstancias siempre va a ser incierto (...). A los médicos, sobre todo los más jóvenes, se les enseñó a temer a la incertidumbre. Pedimos cada vez más test para tratar, con frecuencia en vano, de ganar seguridad sobre lo que estamos viendo. Los miedos de los pacientes acrecientan los miedos de sus médicos y viceversa, sobre todo en un sistema de salud fragmentado que erosiona la continuidad del cuidado. Es sólo dentro de una relación de confianza que el miedo puede ser de algún modo contenido"* (20).

Cabe resaltar que la relación médico-paciente está atravesada por los intereses del complejo médico-industrial, la omnipresencia de los medios de comunicación,

que no siempre informan de un modo prudente y/o transparente y las políticas de los decisores de salud.

En referencia al tema que nos ocupa, Michel Foucault aseveraba que la forma de pensar la salud se relaciona con momentos históricos y se ajusta al orden económico, político y social donde es generada y reproducida, ya que la Medicina forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder (21).

Para él, uno de los fenómenos más significativos de las sociedades industriales fue la constitución de un poder (biopoder) sobre el hombre en cuanto ser vivo, que se implementa a través de biopolíticas, que apuntan a poblaciones cuyos rasgos biológicos pueden ser manipulados mediante técnicas y saberes específicos.

## Pensando salidas

Un buen comienzo es repensar y cuestionar la práctica médica y volver a centrarla en su objeto de estudio y razón de ser, que es la persona. Una manera de intentar garantizar el cuidado de esa persona es tener siempre presentes los principios de la bioética mencionados anteriormente.

Centrarse en las personas y respetar su autonomía implica incluirlas en la toma de decisiones.

E.D. Pellegrino dice al respecto: *"La salvaguarda definitiva de la integridad de la persona del paciente es la fidelidad del médico a la confianza inherente en la relación sanativa. (...) Mucho depende de la forma en que el médico presenta los hechos, qué hechos selecciona y acentúa, cuánto revela, cómo pondera los riesgos y beneficios, y en qué medida respeta o explota los temores y ansiedades de su paciente; (...) todo paciente, hasta el más instruido e independiente, puede ser víctima o beneficiario de ese poder"* (22).

La mayoría de las decisiones en Medicina no están claramente definidas. Médicos y pacientes necesitan discutir las opciones usando las mejores evidencias disponibles y tomar decisiones informadas.

Victor Montori, de la Mayo Clinic, uno de los más activos investigadores y promotores de la Medicina Centrada en las Personas, en uno de sus artículos expresa: *"Un principio de la Medicina Basada en la Evidencia es que la evidencia, sola, nunca nos dice qué debemos hacer. Tomar decisiones requiere que el médico evalúe con pericia el contexto personal, social, y clínico del paciente e integre esa información y los valores y preferencias del paciente, informado, con la mejor evidencia disponible"* (23).

Sin embargo, la implementación del proceso de decisiones compartidas no es fácil, porque los médicos necesitan herramientas y habilidades para hacerlo. Por su parte, los pacientes requieren información y contención y se precisa de ellos un rol más activo en el desarrollo de estrategias para mejorar el proceso (24).

La construcción de herramientas para la toma de decisiones compartidas es una labor difícil ya que debe disponerse de resúmenes de evidencias, de revisiones sistemáticas y de lineamientos confiables, con lo que no siempre se cuenta y con cierta velocidad se desactualizan por los avances de las investigaciones.

El grupo de trabajo GRADE -*Grading of Recommen-*

*dations Assessment, Development and Evaluation*- tiene por objetivo desarrollar un método común y razonable para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones y para resumir los resultados en tablas (*summary of findings tables*), que especifican los valores absolutos de una intervención en resultados importantes para el paciente, proveyendo un grado de confianza en la estimación de los resultados (alta, moderada, baja y muy baja). Este sistema tiene un gran potencial para la producción de herramientas para la toma de decisiones.

El proyecto sin fines de lucro MAGIC *project (Making GRADE the Irresistible Choice*, [www.magicproject.org](http://www.magicproject.org)) desarrolló una aplicación *online* con potencial para producir herramientas electrónicas para usar en el encuentro clínico, que está en evaluación.

De todos modos, ninguna herramienta es suficiente para garantizar que la decisión clínica sea realmente compartida.

La formación de pre y postgrado y los programas de educación médica continua deben plantearse la necesidad de educar a los médicos en esta cultura de las decisiones compartidas, las que requieren no sólo de la información, sino también de habilidades comunicacionales para poder llevarse a cabo adecuadamente.

Otro aspecto a considerar es que los médicos deben aprender a tolerar la incertidumbre, compartirla con los pacientes, revalorar lo artesanal de su actividad, la importancia de la escucha y del tiempo para construir un vínculo de confianza, con el fin de evitar cubrir esas falencias con la prescripción de estudios y medicamentos.

También los pacientes deben ser educados para tener expectativas realistas, y evitar la sobrevaloración de los estudios complementarios y los fármacos y para desarrollar sus habilidades de afrontamiento.

Otro paso importante hacia la salida de este dilema es que la comunidad médica logre ser independiente de las industrias de la tecnología y las farmacéuticas, sin ello no se pueden garantizar la prescripción transparente de fármacos y estudios, necesarias para evitar el sobre-diagnóstico y el sobre-tratamiento.

Y, sobre todo, la educación no puede estar contaminada, ni en manos de las industrias interesadas en la prescripción de los médicos.

Es imprescindible reconocer el poder de la prescripción y la necesidad de practicar una prescripción conservadora (25), mediante la cual los médicos pueden pensar en alternativas a los fármacos: una forma es esperar (muchos malestares menores se resuelven espontáneamente), otra manera es usar tratamientos no farmacológicos (por ejemplo: ejercicios para la lumbalgia crónica).

Es importante que los médicos sean precavidos y escépticos ante drogas nuevas, que busquen fuentes de información no sesgada, que esperen tiempo suficiente para asegurarse que la nueva droga no sea dañina. Los médicos deben evitar ser seducidos por resultados subrogados (p. ej., descenso de valores de colesterol) y guiarse por resultados importantes (p. ej., la reducción de eventos cardiovasculares o muertes), asegurarse que lo nuevo supera a lo existente y tener en cuenta que pocas drogas son para siempre y por lo tanto hay que estar dispuestos a des-prescribirlas. No se trata de negar tratamientos útiles, la des-prescripción es una intervención centrada en el paciente, que requiere una decisión médica compartida y consentimiento del paciente. Más del 50% de medicaciones en mayores de 70 años pueden ser discontinuadas.

Más allá de los médicos y los pacientes, los decisores de políticas de salud tienen responsabilidad en la discusión y difusión de estos temas, en la educación de la comunidad al respecto y en el control de la práctica de los médicos. Pero, sobre todo tienen la responsabilidad de actuar sobre las causas socioeconómicas de la enfermedad, que explican el mayor número de muertes y en evitar el gasto inequitativo de los recursos.

Asimismo, los medios de comunicación tienen la responsabilidad de informar de un modo prudente, transparente y fundamentalmente independiente.

Como conclusión, vaya nuevamente una reflexión de Iona Heath: "*Las respuestas necesariamente deben ser impulsadas por la ética y la política porque son las únicas defensas reales que ha tenido la humanidad para enfrentar el abuso del poder y del dinero, en detrimento de los débiles y vulnerables*" (26).

Según el escritor sueco Sven Lindqvist, mencionado por Heath: "*No es conocimiento lo que nos falta. Lo que falta es el coraje para entender lo que sabemos y sacar las conclusiones*" (27) ■

## Referencias bibliográficas

- Sibilia P. El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
- De Vito EL. Prevencción cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina* 2013; 73 (2): 187-90.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1 (7696): 405-12.
- Huxley A. Un mundo feliz. Barcelona: Plaza & Janés; 1985.
- Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests. *BMJ* 2013; 347 (Published 25 October 2013).
- Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev Saú-de Pública* 2007; 41 (3): 461-6.
- Moynihan RN. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS One*. August 13, 2013; 10 (8): e1001500.
- Doval H. Visión crítica de las guías o guías de la visión crítica. ¿un nuevo dogma escolástico? *Rev Arg Card* 2014; 82 (6).
- Tajer C. Las palabras de la medicina clínica. *Rev Arg Card* 2009; 77 (2).
- Moynihan R. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.
- Morell S. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009; 11: 491-512.
- Sackett D. La arrogancia de la medicina preventiva. *CMAJ* 2002; 167 (4).
- Reade CJ. Risks and benefits of screening asymptomatic women for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2013 Sep; 130 (3):674-81.
- Krogsbøll LT. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7191>.
- Mariño M. Incidentalomas: concepto, relevancia y retos para la práctica médica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*; 1-9.
- Esserman LJ. Overdiagnosis and overtreatment in cancer: an opportunity for improvement. *JAMA* 2013 Jul 29; [avance de publicación]. doi: 10.1001/jama.2013.108415.
- Sirovich BE. Too little? Too much? Primary care physicians' views on us health care: a brief report. *Arch Intern Med* 2011 Sep 26; 171 (17): 1582-5. doi: 10.1001/archinternmed.2011.437.
- Rolfe A. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease systematic review and meta-analysis free. *JAMA Intern Med* 2013; 173 (6): 407-16.
- Heath I. Role of fear in overdiagnosis and overtreatment. *BMJ* 2014; 349.
- Foucault M. Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
- Torralla F. Filosofía de la Medicina: en torno de la obra de E.D. Pellegrino. Madrid; 2001.
- Montori V. Corruption of the evidence as threat an opportunity for evidence-based medicine. *Harvard Health Policy Rev* 2007; (8): 145-55.
- Agoritsas T. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 2015; 350.
- Schiff GD. Principles of Conservative Prescribing Gordon D. Schiff. *Arch Intern Med* 2011; 171 (16): 1433-40.
- Iona H. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests. *BMJ* 2013; 347.
- Lindqvist S. Exterminad a todos los brutos. Buenos Aires: UBA; 1997.