

Prevención: ¿aún podemos ser amigos?

Prevention: can we still be friends?

JAVIER PADILLA BERNÁLDEZ

Centro de Salud Fuencarral (Madrid).

Correspondencia: Javier Padilla Bernáldez (javithink@gmail.com)

Recibido: 03/04/2019; aceptado: 15/05/2019

Resumen: La prevención ha pasado de ser un abordaje específico en el ámbito de algunas enfermedades a ser un valor central en los discursos y la organización de los sistemas de salud. No obstante, la prevención no es un valor absoluto sin externalidades negativas, problemas de gestión del conocimiento o utilización del poder, sino que su popularización y expansión ha supuesto el incremento de los inconvenientes derivados de la gestión inadecuada del riesgo, la utilización a nivel poblacional de valores éticos desarrollados en el ámbito de la ética clínica individual y la medicalización de la vida diaria, más acusada con los nuevos paradigmas surgidos de la medicina post-genómica. En este artículo se tratan de abordar los riesgos clave de la deriva preventiva de los sistemas de salud y destacar los aspectos que deberían caracterizar las actividades preventivas de las próximas décadas.

Palabras clave: prevención, salud mental, salud pública, prevención cuaternaria.

Abstract: Prevention has gone from being a specific approach in the field of some diseases to being a central value in discourses and the organization of health systems. However, prevention is not an absolute value without negative externalities, knowledge management problems or use of power, but its popularization and expansion have led to an increase in the drawbacks derived from inadequate risk management, population-level utilization of ethical values developed in the field of individual clinical ethics and the medicalization of daily life, more pronounced with the new paradigms arising from post-geno-

mic medicine. This article tries to address the key risks of the preventive trend of health systems and highlight the aspects that should characterize the preventive activities of the coming decades.

Key words: prevention, mental health, public health, quaternary prevention.

“PREVENIR ES MEJOR QUE CURAR”. Como lema parece que queda un poco corto, pero es sobre lo que se basa una parte importante de las políticas de salud y, más concretamente, de la medicina en la actualidad (y en sus miradas al futuro). A lo largo de este artículo trataremos de analizar qué queremos decir cuando hablamos de prevención, para qué sirve y para qué no, y sobre qué tipo de prevención merecería la pena construir un discurso en el ámbito en el que se cruzan la salud pública y la salud mental.

De momento, para comenzar, querría hacer hincapié en la parte más desapercibida de “prevenir es mejor que curar”, que es la que une los dos conceptos: “es mejor que”. Esta frase, desvestida de significado gracias a su uso poco reflexivo, es un ejemplo de cómo un concepto enormemente complejo puede quedar reducido a un lema del tipo “a favor de lo bueno y en contra de lo malo”. Al decir que “prevenir es mejor que curar” en realidad lo que se está significando es “preferimos que no pase nada a que pase”, donde “nada” es igual a “enfermedad” y donde la prevención es vista como un elemento inmaterial, sin externalidades negativas o fallos de aplicación. “Es mejor que” porque es algo obvio no sujeto a crítica, dado que toda persona que valore su salud tiene claro que, como evitar la enfermedad es el objetivo más ansiado, no importa en lo que se haya de incurrir para ello, de modo que, además de no importar, tampoco hemos de preocuparnos por medirlo ni enjuiciarlo.

ALTERNATIVAS AL FUROR PREVENTIVO: UNA MIRADA DESDE EL ABORDAJE DE LAS CAPACIDADES

A lo largo del artículo voy a destacar algunos puntos críticos (y criticables) de las actividades de prevención que habitualmente rodean e inundan la práctica clínica habitual, así como la práctica política en el ámbito de la salud pública; resaltaré la importancia del marco ético y filosófico en el que se inserta el propio concepto de prevención y desde donde se analizan las dinámicas que tienen lugar en el ámbito de la sanidad y las políticas de salud. Pero, antes de todo ello, voy a permitirme empezar por el final, comentando desde qué mirada creo que se ha de construir el discurso y la práctica preventiva del presente y el futuro para que sea más efectiva y menos dañina de lo que es ahora. Para ello, me parece importante incorporar un nuevo elemento de análisis que ayude a entender por qué la prevención se sitúa en

la disyuntiva individuo-sociedad (clínica-política/comunitaria) de la forma en que lo hace y qué debería ocurrir para facilitar que no tuvieran tanto protagonismo fenómenos como la ley de cuidados inversos o las limitaciones de la estratificación por riesgo. Este elemento de análisis es el denominado “derecho a la salud”.

Las miradas clásicas al derecho a la salud lo caracterizan como el derecho a la asistencia sanitaria (con sus componentes de calidad, accesibilidad, adecuación, etcétera), afirmándose que no se puede hacer alusión al “derecho a la salud” *per se* porque la salud es una situación de llegada que nadie puede garantizar; esta mirada estaría de acuerdo con un abordaje liberal igualitario clásico (*rawlsiano*) (1) aplicado a la salud, donde se piensa que en una sociedad deben estar regulados una serie de bienes básicos y que el otorgarlos supone el acceso a los mismos. Bajo ese prisma, hablar de derecho a la salud abriría las puertas a reclamar la salud como derecho, y por ello se ve más adecuado conceptualizarlo como “derecho a la asistencia sanitaria”.

Por otro lado, algunos desarrollos en el ámbito del abordaje de las capacidades (Sen, Nussbaum) entienden que los derechos no capacitan al individuo para transformar el derecho en un beneficio individual ni colectivo, sino que es necesario que las personas tengan desarrolladas una serie de capacidades que hagan eso posible. De este modo se manifiesta Sridhar Venkatapuram en su libro *Health Justice* (2) con el siguiente párrafo que suelo sacar a relucir con frecuencia: “Desde la perspectiva de las capacidades, los individuos se convierten en moralmente responsables de sus elecciones según sean sus capacidades, no de forma independiente a estas. Las elecciones que uno hace dependen de las opciones que uno tiene. Y la conexión entre las elecciones personales y los resultados obtenidos solo se puede establecer después de tener en consideración el papel causal de los condicionantes biológicos, las condiciones físicas y las sociales. Sin eso, podríamos estar haciendo plenamente responsable a la gente de decisiones de las cuales son, solamente, responsables de forma parcial”.

Desde este punto de vista, la salud no puede entenderse si no es como la capacidad de transformar diversos bienes y recursos en resultados de bienestar en múltiples dimensiones. Bajo esta mirada, hablar del “derecho a la salud” es hablar no solo de asistencia sanitaria, sino de un nivel razonable de capacidades (distribuidas en el ámbito de los determinantes sociales de salud) que favorezcan el desarrollo de buenos niveles de salud.

¿Cómo aterriza aquí la prevención? Bajo una mirada restrictiva del derecho a la salud (derecho a la asistencia sanitaria), si la prevención es vista como un valor importante en salud, tendrá cabida fundamentalmente en su formulación sanitaria, clínico-asistencial; por otro lado, desde una perspectiva más amplia, cercana al abordaje de las capacidades, la prevención deberá integrarse en los diferentes ámbitos donde la salud se juega, porque esa formulación de “derecho a la salud” implica el “derecho a que el camino hacia la salud se encuentre lo más allanado posible”.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PREVENCIÓN?

Una vez situado el foco en las capacidades y en la necesidad de mirar hacia la salud con una mirada que incorpore y atraviese sus determinantes sociales, toca definir un poco el objeto del artículo.

Hay diferentes maneras de clasificar los distintos tipos de prevención existentes; la forma más frecuente es la que divide el tipo de prevención según su lugar en la secuencia patogénica de la enfermedad: I) prevención primaria, que consiste en las “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (3, 4) (las vacunas serían el ejemplo paradigmático aquí, aunque también el uso de estatinas en población sin eventos cardiovasculares, por ejemplo); II) prevención secundaria, cuyo objetivo es detectar la enfermedad en periodos presintomáticos, antes de que existan manifestaciones clínicas (los cribados, ya sean de depresión o de cáncer, serían un claro ejemplo); III) prevención terciaria, que se corresponde con las tareas de rehabilitación y recuperación de la enfermedad y el intento de evitar posibles secuelas o complicaciones de la misma; y IV) prevención cuaternaria, que son las “actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica” (5). La prevención cuaternaria aplicada a la prevención sería, paradójicamente, una prevención de la prevención, una metaprevención.

Paralelamente, existe otra forma de clasificar las actividades de prevención que hay que tener muy en cuenta para analizar las categorías anteriores: prevención clínica y prevención no-clínica (ya sea política, comunitaria...). El discurso *preventivo* se ha tendido a colocar en la prevención clínica, especialmente en las estrategias de educación para la salud (prevención primaria y terciaria), el abordaje farmacológico de factores de riesgo (prevención primaria) y el cribado de enfermedades (prevención secundaria), obviando que, probablemente, el mayor potencial de las actividades preventivas se halla en las medidas que logran desplazar la distribución poblacional de los riesgos, actuando sobre el conjunto y no sobre la individualidad (6). En este último concepto, en el de actuar sobre poblaciones para desplazar su distribución de riesgos en vez de sobre colectivos o individuos más vulnerables, es donde recae no solo la esencia de una parte importante del salubrismo, sino también de la aplicación universal de muchos servicios públicos, ya sea en salud o en otros ámbitos, como el debate entre rentas garantizadas frente a rentas básicas universales. Geoffrey Rose y posteriormente quienes han ido ahondando en sus ideas defienden que no se trata de abordajes contrapuestos (el poblacional y el de la selección de riesgos), pero en ocasiones hay que priorizar un modo de acción frente a otro, de la misma manera que al investigar las causas del desarrollo (incidencia) de las enfermedades, hay que separar las causas del individuo de las causas de las poblaciones.

Esta contraposición entre clínica y política, o entre individuo y población, se reproduce también si dirigimos la mirada hacia los determinantes sociales de salud y hemos de elegir entre actuar sobre los hábitos de vida o las condiciones de vida; de este modo podríamos establecer dos tríadas: la tríada clínica-individuo-hábito y la política-población-condiciones de vida, con elementos que pueden coexistir en muchas circunstancias, pero que pueden verse enfrentados a la hora de priorizar discursos, acciones y, sobre todo, recursos (7).

¿Quiere esto decir que hay que desterrar por completo cualquier viso de prevención en las consultas? En absoluto, pero sí quiere decir que para poner en marcha y avalar medidas preventivas en el ámbito clínico deberíamos asegurarnos de que estas reúnen una serie de requisitos, como señalaron Gérvas, Starfield y Heath en *The Lancet* (8): I) la evidencia de sus beneficios y factibilidad ha de ser probada en la práctica clínica habitual y con pacientes similares a aquellos sobre los que se aplicará; II) la introducción de nuevas intervenciones tiene que venir avalada por una comparación con las previamente existentes, respondiendo así mismo a la pregunta de “para quién y bajo qué circunstancias la prevención es mejor que la cura”, de modo que las comparaciones establecidas no sean solamente frente a otras actividades preventivas, sino también frente a la presencia de la enfermedad que se quiere prevenir; III) los datos que se presenten sobre los beneficios esperados de las medidas preventivas que se desean implantar deben tener en cuenta la reducción del riesgo absoluto y el riesgo atribuible, abandonando el uso de la reducción del riesgo relativo como medida fundamental, ya que se ha mostrado que sobredimensiona la efectividad de las intervenciones (9); y IV) todos los ensayos en los que se vayan a basar las decisiones en materia de prevención deben incluir los daños derivados de su implementación, evitando transformar los algoritmos de predicción en algoritmos de decisión sin que esté bien estudiado el impacto derivado de ello.

Es decir, la prevención clínica puede tener un valor, pero desde luego está muy alejado del coladero epistémico que se utiliza en la actualidad, pues cualquier cosa es justificable simplemente con llevar la etiqueta de prevención y con un par de variables subrogadas que vistan de ciencia su implantación. Es preciso identificar las intervenciones de alto valor añadido sobre la población real para que sean estas las que se promuevan y desarrollen.

Otra de las formulaciones que adopta el “prevenir es mejor que curar” es la que presenta significado económico; sin caer en el error de confundir valor y precio, sí que es preciso comentar que parece haber poca base empírica en la afirmación de que los sistemas sanitarios basados en la prevención suponen un ahorro económico o, al menos, una contención del gasto a largo plazo. En lo que se ha venido a llamar la “falacia de Beveridge”, se resume el hecho de que los sistemas sanitarios basados en la prevención no hacen sino, generalmente, seleccionar cau-

sas de muerte y diferir los costes a situaciones futuras, no eliminarlos o evitarlos. Iona Heath lo comentaba de la siguiente forma en un artículo de 2008 en el *British Medical Journal* titulado “Carta abierta al Primer Ministro” (10): “Sobre prevención, las cosas son aún peores. Usted ofrece un NHS [National Health Service] que ‘identifica tus necesidades clínicas antes de lo que lo hacía previamente, está centrado en mantenerte sano y en forma, y mejora el control que tienes de tu propia salud y tu propia vida. A largo plazo, un servicio preventivo personal para sus necesidades es beneficioso no solo para las personas individuales, sino también para todos nosotros, ya que reducimos el coste de la enfermedad’. Esta última frase proclama una nueva falacia de Beveridge para el nuevo siglo. En su informe de 1942, que llevó directamente a la creación del National Health Service, Sir William Beveridge concibió ‘un servicio de salud que disminuirá la enfermedad por medio de la prevención y la curación’. Él previó ‘el desarrollo del servicio y, como consecuencia de su desarrollo, una disminución del número de casos que lo requerirán’. Beveridge estaba planificando un cambio social de magnitudes sísmicas y su optimismo podría perdonarse. Usted no tiene esa justificación y, repitiendo el mismo error y haciendo creer que invirtiendo en prevención el NHS puede reducir el coste de la enfermedad, pone en peligro la solidaridad social duradera que supone el legado de Beveridge”.

La verdad es que solo unas pocas actividades preventivas son coste-ahorro, y unas pocas más se pueden considerar coste-efectivas de acuerdo a los umbrales estándar considerados para tal efecto (11). El eslogan “prevenir ahorra dinero” triunfa por sencillo e intuitivo, no por cierto y riguroso. Afirmar que prevenir ahorra dinero es falaz, porque el concepto “prevenir” es demasiado complejo y heterogéneo como para poder atribuirle consecuencias tan complejas de forma global. Según un artículo publicado en 2008 en la revista *New England Journal of Medicine* (11), solo el 20% de las actividades preventivas estudiadas suponía un ahorro económico, mientras que el 4% suponía un incremento de los costes; entre medias, el 76% de las actividades se movían en una línea continua de coste-efectividad.

A la visión de la prevención como un conjunto homogéneo, y no como un conjunto de actividades y conceptos variado y con diferentes valores añadidos, ha contribuido su asimilación por parte del complejo médico-industrial mediante un proceso de uniformización del concepto “prevención”, que al igual que algunos de sus componentes, como las vacunas, dejan de ser actividades o intervenciones variadas con características independientes y pasan a formar parte de un todo cuyo valor en conjunto es equivalente al valor de su componente más valioso y, además, incuestionable desde el punto de vista científico, político y social, por entenderse que al cuestionar una parte se está cuestionando el todo. “Prevenir es mejor que curar”, “las vacunas salvan vidas”, “las mamografías salvan vidas” (el salvavidas supo-

nemos que también, pero no hay eslogan al respecto), de modo que debates como qué externalidades negativas puede tener la aplicación de cribados en poblaciones no indicadas (mamografía en población de 40 años, por ejemplo) o si debemos esperar reducciones de mortalidad globales o si nos basta con las cáncer-específicas para implantar un programa preventivo en el ámbito del cáncer quedan lapidadas por esos eslóganes. Cómo conjugar la necesaria implicación y participación social en la toma de decisiones con la incorporación de matices técnicos que se alejen de los grandes eslóganes faltos de rigor, en un contexto de bombardeo comercial en el que la salud es una línea de promoción de productos y no un bien colectivo, es uno de los grandes retos a los que la política sanitaria tendrá que responder en los próximos años, porque ni la necesidad de participación social ni el avance del complejo médico-industrial parece que vayan a detenerse.

ANÁLISIS ÉTICO DE LA PREVENCIÓN: ¿UN VALOR CLÍNICO O UN VALOR DE SALUD PÚBLICA?

Parece claro que uno de los principales motivos de controversia en el ámbito de la prevención, además del epistémico, que tiene en cuenta la capacidad de predicción y la conexión entre riesgo y acción, es la brecha abierta entre las acciones clínicas a nivel individual y las medidas políticas a nivel colectivo. Para tratar de dirimir este conflicto entre la prevención como valor clínico (individual) o salubrista (colectivo), una buena herramienta puede ser la de analizar el marco preventivo actual bajo el prisma de la (bio)ética.

La bioética ha dotado a las personas que trabajan en el ámbito clínico de unas herramientas deliberativas para analizar su práctica clínica en base a cuatro principios fundamentales: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Si bien hay quien establece ciertas jerarquías entre estos principios, parece claro que en la práctica clínica actual existe una evolución hacia la centralidad del principio de autonomía, lo cual tiene consecuencias en la práctica de la prevención en nuestro sistema de salud.

Mientras la ética clínica ha desarrollado el principio de autonomía como base de la bioética moderna, en el ámbito de la ética de la salud pública se echan en falta desarrollos teóricos y normativos que hayan ido a la par, de modo que el valor nuclear en este campo ha seguido siendo el paternalismo, no solo en la toma de decisiones en nombre de la población, sino también en la exposición pública de datos y el manejo de la información (paternalismo epistémico) (12). Las críticas fundamentales al paternalismo en el ámbito de la salud pública se pueden resumir en: I) nadie está en mejor situación para juzgar qué es mejor para una persona que la propia persona y II) el paternalismo reduce la capacidad de las personas de ser individuos autónomos (13, 14).

Por otro lado, la aplicación del principio bioético de autonomía a la toma de decisiones en salud pública (que es lo que parece estar detrás de las críticas al paternalismo salubrista) también ha mostrado tener fuertes carencias, como las que podemos destacar en fenómenos como el de la no-vacunación como resultado de decisiones individuales, en el cual el pleno ejercicio de la autonomía individual para rechazar la vacunación se contraponen a la necesidad de proteger de enfermedades vacunables a las personas que no pueden vacunarse por motivos médicos (personas inmunodeprimidas, principalmente) o sociales (personas con barreras formales o informales en el acceso al sistema sanitario). Es decir, existe un conflicto al intentar imponer marcos de deliberación de la bioética clínica a intervenciones que se desarrollan (y se han de desarrollar) en marcos salubristas alejados de la clínica.

Frente a la hipertrofia del principio de autonomía (heredero, en su visión más caricaturizada, del principio de autopropiedad *nozickiano* (15)), la respuesta del salubrista clásico siempre ha sido el enarbolamiento de un paternalismo que no ha sabido dar respuesta a los reclamos sociales de una mayor participación en la toma de decisiones y de la centralidad de la autonomía en la relación clínica entre profesional sanitario y paciente. Ante esta dicotomía es preciso buscar modelos alternativos de deliberación que, preservando la autonomía y la participación del individuo, logren introducir criterios de interés público y común, así como aspectos que remarquen la centralidad de los cuidados, construyendo algo parecido a lo que Euna Bliss denomina la vía maternalista (16).

El conflicto entre lo individual y lo colectivo como valor que guíe el diseño y la práctica de las actividades preventivas se traslada también a la decisión de actuar sobre el punto final de la escala patogénica (enfermedades) o sobre algún punto más cascada arriba en el modelo de determinantes (actuar sobre las prácticas/hábitos, por ejemplo, y sobre todo actuar sobre las condiciones en las que se desarrollan dichos hábitos). Un ejemplo de esto es lo que se está debatiendo en el abordaje de la prevención de la transmisión del VIH por vía sexual: la aprobación y comercialización de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP). La PrEP consiste en la toma de medicación antirretroviral antes de mantener relaciones sexuales para así evitar la transmisión (receptiva) del VIH. Así, se plantea la posibilidad de prevenir la transmisión del VIH sin actuar sobre la transmisión de otras infecciones de transmisión sexual y pudiendo generar una sensación de falsa seguridad que favorezca la expansión de estas últimas; por otro lado, otras posturas plantean que se ha de insistir en la modificación de conductas sexuales que permitan frenar y prevenir la transmisión de diferentes infecciones de transmisión sexual y construir un escenario de prácticas sexuales más saludables. Una vez más, el problema de la escala a la que se ha de actuar se convierte en central a la hora de dirigir las políticas de prevención.

A finales de la década de los 2000, Nancy Fraser publicó el libro *Escalas de justicia* (17). En él hacía referencia a que la justicia era una cuestión de escalas en su doble significado: por un lado, la búsqueda del equilibrio (escala de medición de peso) y, por otro, el nivel de proyección considerado en un mapa (escala del mapa respecto al territorio). Lo que hemos comentado hasta ahora habla de la prevención desde una perspectiva de escalabilidad en este segundo sentido, viendo cómo influye la mirada más microscópica o macroscópica a la hora de intervenir de manera preventiva; sin embargo, es preciso también detenerse a mirar cómo se desempeñan las actividades preventivas en el ámbito de la escala que trata de equilibrar los beneficios y las cargas en salud, que en este caso vendría representada por el desempeño a nivel de clase social de las acciones preventivas.

En el año 1971, Julian Tudor Hart, médico general galés, publicó un artículo en la revista *Lancet* titulado “The inverse care law” (la ley de cuidados inversos) (18), donde enunció un fenómeno consistente en que “el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a su necesidad en la población asistida”. Este fenómeno se reproduce en diferentes prácticas del sistema sanitario, ya sea en el ámbito puramente clínico, al estudiar indicadores de calidad en la asistencia a las personas según su nivel de renta (19) o al analizar cómo la tasa de vacunación frente al virus del papiloma humano a los pocos años de su comercialización es mayor, de forma sistemática, en los estados de Estados Unidos de Norteamérica con menor incidencia de cáncer de cérvix, esto es, con menor necesidad de dicha vacuna (20).

En el ámbito de la prevención (y de la salud pública en general), cabe preguntarse si las actividades preventivas que estamos implantando tienen capacidad para reducir o incluso invertir esta ley de cuidados inversos o si, por el contrario, dichas actividades pueden ser amplificadores de este fenómeno hacia el cual tiende el sistema sanitario (y tiende mayormente en entornos donde la asistencia está más mercantilizada, como señalaba también Tudor Hart). Aplicando lo planteado por Tudor Hart al campo de la salud mental y la mirada de determinantes sociales de salud, existe algún artículo que analiza cómo influye la atribución de determinadas características sociales a los pacientes por parte del médico de familia a la hora de diagnosticar y tratar los cuadros depresivos, de modo que la coexistencia de una situación considerada desfavorable en los determinantes sociales de salud más conocidos (renta, nivel socioeconómico, empleo, educación) puede ser vista como inabordable desde el punto de vista médico y por ello dejar pasar el abordaje al respecto, incurriendo en un claro ejemplo de la ley de cuidados inversos, dando más asistencia a quien se encuentra en una situación más favorecida para poder utilizar los recursos (21).

En lo que llevamos de artículo hemos visto que no toda la prevención aporta valor añadido e incluso que hay prevención que puede resultar más dañina que beneficiosa (puede no valer la pena, mezclando los términos y conceptos económicos y populares). Sin embargo, parece adecuado intentar señalar cuáles son los aspectos que resultan más relevantes a la hora de hablar de prevenir la prevención, esto es, de hacer prevención cuaternaria en el ámbito de las actividades preventivas en salud.

Siguiendo lo señalado por Barbara Starfield (22) y lo comentado previamente en este artículo, los conceptos de “riesgo” y “estratificación” probablemente son los que deban recibir más atención a la hora de prevenir daños derivados de la práctica preventiva. La estratificación (23) basada en criterios únicamente clínicos puede llevarnos a la paradoja de afirmar que existen riesgos en la estratificación por riesgos, tanto por la sobreestimación (y sobreactuación en estas personas) de las personas con complejidad clínica pero buena situación social, económica y familiar como por la infraestimación de complejidades clínicas más modestas pero con contextos complejos.

Una de las visiones fundamentales en el ámbito de la prevención clínica es la de tratar de dividir a los pacientes de acuerdo a los riesgos que presentan de desarrollar determinadas enfermedades (riesgos que han experimentado una transformación hasta ser considerados enfermedades en las últimas décadas), de modo que esto nos permita actuar de forma preferente y preventiva sobre ellos para disminuir ese riesgo y, consecuentemente, disminuir la incidencia futura de enfermedades. La teoría parece atractiva, pretende seleccionar una parte de la población donde la probabilidad pre-prueba (incidencia) de enfermedad es mayor y actuar para reducirla, de modo que nos ahorremos la tarea siempre complicada de actuar sobre poblaciones al completo.

El problema se encuentra tanto en el concepto de “riesgo” como en su estratificación y los parámetros tenidos en cuenta para la misma; sobre el tema del riesgo volveremos más adelante, de modo que ahora nos detendremos un poco en el concepto de estratificación. Como explicaba Javier Segura en su ponencia en el IX Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico (24), en el caso de los pacientes crónicos, la estratificación peca de un reduccionismo que se expresa en cuatro dimensiones fundamentales: I) la búsqueda de la mejora en el control de variables biomédicas; II) la individualización de los cuidados (frente al paradigma socio-comunitario); III) la centralidad de la enfermedad (incluso cuando son múltiples) en detrimento de la centralidad del individuo pa(de)ciente; y IV) la tendencia a abrazar el solucionismo tecnológico como forma de solventar problemas en salud y dirigir la asistencia hacia la reducción de costes.

Podríamos afirmar que el uso en el ámbito de la salud pública de técnicas de estratificación en pacientes crónicos supone una especie de *salubrismo hospitaloide* que obvia que toda estratificación que prescindiera de criterios sociales para su realización no será más que una versión adornada de la asistencia clínica más rutinaria. Ejemplos de inclusión de los determinantes sociales en las estrategias de estratificación poblacional con una mirada salubrista y de desigualdades sociales podemos encontrarlos en las acciones llevadas a cabo por parte del Observatorio de Salud de Asturias (25).

En el ámbito de la salud mental, el ejemplo paradigmático de prevención de la prevención, esto es, de prevención cuaternaria, sería el de la indicación de no-tratamiento (26, 27), que podría ser considerada como una intervención para no intervenir, de la misma manera que podría plantearse la indicación de no-diagnóstico como una forma de prevención cuaternaria en un ámbito pre-terapéutico y que vendría a responder a la pregunta que realizó Alberto Ortiz en un artículo de la *Revista Española de Salud Pública* (28): “Desde el sistema de atención (considerando y desechando necesidades propias) se debe responder de forma honesta a la pregunta ‘Ante el problema humano que se presenta, ¿se van a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad (o una subenfermedad o una preenfermedad) que si no fuera tratado como tal?’ y actuar en consecuencia”.

EL COSTE DE OPORTUNIDAD DE LA PREVENCIÓN PREVENIDA

Si tuviéramos que elegir un concepto a tener en cuenta siempre que nos planteemos implantar una medida en el ámbito de la salud (y en muchos otros, pero estamos hablando de salud), este sería el de “coste de oportunidad”, esto es, qué acciones estaríamos dejando de llevar a cabo por dirigir los recursos existentes a la acción que queremos implantar. En el ámbito preventivo esto tiene una connotación adicional, porque, en muchas ocasiones, supone implantar este tipo de programas y actividades en contextos en los que el ámbito clínico (el que trabaja con individuos que acarrean ya diagnósticos, no con población sana) presenta importantes déficits y carencias; de este modo, puede ocurrir (y ocurre) que una persona esté atendida de mejor manera, con más recursos y con menos esperas si cae en el ámbito preventivo que si lo hace en el clínico (el paradigma de esto son muchos programas de diagnóstico precoz, que han desarrollado vías clínicas efectivas, rápidas y eficientes, mientras que el diagnóstico derivado de sospecha clínica ha de lidiar con los vericuetos de un sistema fragmentado y no siempre bien engranado).

Esto lo comenta con bastante lucidez Iona Heath en su artículo de 2007 titulado “In defence of a National Sicknes Service” (29) (“En defensa de un Sistema Nacional de Enfermedad”): “Un Sistema Nacional de Salud comprometido con

priorizar la prevención sobre la enfermedad por encima de su tratamiento aceleraría la búsqueda de factores de riesgo biométricos para esta o aquella enfermedad, así como el desarrollo de tratamientos estadísticamente efectivos para cada uno de ellos. Este proceso legitima la inversión en el tratamiento farmacológico a gran escala de personas sanas y el incremento del coste derivado de esto comienza a representar una amenaza muy real para la provisión de los sistemas sanitarios universales que están disponibles y accesibles para toda la población. No existe un sistema sanitario universal financiado con impuestos que pueda pagar el abordaje farmacológico de todos los riesgos para la salud. Un compromiso excesivo y poco realista con la prevención de la enfermedad podría destruir nuestra capacidad para atender a quienes ya están enfermos; todo el mundo, con el paso del tiempo, enfermará y morirá”.

No es un alegato contra la prevención como concepto, sino contra la centralidad de la misma en el funcionamiento de los sistemas públicos de salud, dado que esto, en un entorno de recursos finitos, puede suponer el desplazamiento de financiación y atención desde el tratamiento de la enfermedad hacia el de la prevención, en muchas ocasiones con unos niveles de incertidumbre moralmente poco asumibles cuando se habla de limitar la asistencia de personas ya enfermas.

¿PREVENIR QUÉ? ENTRE EL HÁBITO NO MÓRBIDO Y EL DIAGNÓSTICO IMPRECISO

El desdibujamiento de la frontera entre la salud y la enfermedad, así como el avance de lo diagnosticable hacia aspectos en otro momento considerados como normales o al menos no mórbidos, hace que, de manera más acusada, haya que redefinir lo que consideramos prevenible y distinguirlo de lo que no.

En otros artículos de este dossier se hablará con mayor profundidad sobre los programas de prevención del suicidio, pero me parecía importante rescatar el tema en este artículo introductorio por lo que estos programas suponen a nivel de concepto. En estos programas lo que se trata de evitar (prevenir) no es el desenlace, sino la práctica de la conducta de riesgo. Podríamos decir que se trata de programas de prevención de la suicidabilidad, no tanto de la prevención del suicidio, y por ello la pregunta que deberíamos plantearnos al acercarnos a ellos es si realmente disponemos de un conocimiento (y una forma de adquirirlo) suficientemente robusto como para embarcarnos en tal propósito desde acciones dirigidas desde los servicios de salud.

Prevenimos en el ahora el desarrollo de eventos en un futuro en el que no sabemos si dichos eventos tendrán la consideración mórbida que tienen a día de hoy, además de no saber si lo que hemos dejado sin prevenir (porque nuestro concepto actual de lo prevenible lo ha dejado fuera) será considerado mórbido y prevenible en el momento en el que se desencadene el suceso en cuestión. Además, algunas actividades de prevención se enfrentan a la necesidad de implantar líneas que separen

lo diagnosticable de lo no diagnosticable, incurriendo en ocasiones en la pérdida cualitativa de los matices que suelen ser necesarios en los encuentros clínicos. Como señalan Marta Carmona y Clara Benedicto (30): “Cribar a la población que acude a la consulta es enfocar una luz a sus pies para ver de qué lado de una línea están. Pero cuando la línea que traza la frontera entre lo terrenal y lo sanitario, lo normal y lo patológico, no se trata de un *gold standard* analítico/de imagen, sino de un cambiante (y expansivo) consenso de expertos con manifiestos conflictos de interés, usarla como divisor parece poco objetivo. Además, mirando a los pies dejamos fuera de foco el contexto sociofamiliar y el camino por el que la persona llega a nuestra consulta. ¿Podemos decir que está deprimida Ana, madre separada de dos hijas, que lleva 4 años en paro, acaba de recibir la notificación de desahucio y no puede dormir por la angustia? ¿O lo llamamos pobreza, soledad, injusticia social o miedo? La forma de nombrar tiene valor performativo y condiciona nuestras decisiones y expectativas, por lo que no es lo mismo usar un código Z que un diagnóstico psiquiátrico. Muy probablemente uno nos conducirá a realizar una escucha empática, devolver lo reactivo de los síntomas y animar a que busque soluciones en otro sitio (y, probablemente, a plantearnos nuestras decisiones como votantes, consumidoras, ciudadanas) y el otro a proponer psicoterapia, fármacos, o ambas”.

LOS RETOS DE LA PREVENCIÓN: MÁS ALLÁ DE LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA DIARIA (MEDICINA 4P VS SALUBRISMO 4P)

La prevención es un concepto que seguirá protagonizando la agenda sanitaria y de salud del futuro, pero probablemente lo haga de una manera más cercana a la *genomancia* (término acuñado por Vicente Ortún) que a las lecciones aprendidas de Geoffrey Rose. Un ejemplo de esto es la presencia del concepto “prevención” como uno de los aspectos fundamentales de la denominada “medicina 4P”; este concepto aboga por el desarrollo de una medicina basada en 4 aspectos básicos e irrenunciables: una medicina I) predictiva, II) personalizada, III) preventiva y IV) participativa (31).

Este modelo de conceptualizar la medicina post-genómica se presenta como una nueva forma de abordar esta disciplina de forma holística; sin embargo, no son pocas las críticas que le atribuyen justamente lo contrario. En palabras de Vogt *et al* (32): “Afirmamos que este holismo, que está dirigido a la prevención de enfermedades y la optimización de la salud, apunta hacia una forma expandida de medicalización que llamamos ‘medicalización holística’: todo el proceso vital de una persona es definido en términos biomédicos y tecnocientíficos como cuantificable y controlable, subyaciendo un régimen de control que es holístico en el sentido de que lo abarca todo”.

Las vanguardias filosóficas de la medicina parecen más holismos de control (y facilitación de la explotación comercial-industrial) que holismos de comprensión y construcción de un modelo de salud que se adapte (y combata) las tendencias de debilitación de los lazos sociales del siglo XXI. El ánimo preventivo de los sistemas de salud tiene que huir de la personalización entendida como individualización de la acción y optar por actuaciones poblacionales más promotoras que preventivas y que huyan del sistema sanitario como actor protagonista de las mismas. Es preciso adoptar miradas de universalismo proporcionado (33) que actúen tratando de desplazar la distribución del riesgo en su conjunto a la vez que se hace más énfasis en los grupos de mayor riesgo.

No es difícil deducir que esta propuesta de la medicina-4P ha de ser analizada también desde la perspectiva de la ley de cuidados inversos. En palabras de Jack James en el *European Journal of Epidemiology* (34): “El daño potencial de la medicina genómica personalizada, especialmente aquella dirigida a prevenir la enfermedad, entraña un doble riesgo. Por un lado, los niveles extremos de recursos humanos y materiales requeridos por las tecnologías genómicas y de información, sobre las cuales se basa la medicina personalizada, amenazan con poner en desventaja desproporcionada a las personas con mayores necesidades de atención médica (ley de cuidados inversos) a la vez que representan un daño para poblaciones cada vez más grandes de individuos saludables (ley de beneficios inversos). Una combinación de confianza excesiva en la medicina personalizada, altas expectativas de beneficios, oportunidades comerciales detectadas y atención insuficiente a las consecuencias perjudiciales tiene el potencial de “colonizar el futuro” de la atención médica, en donde la atención y los recursos se capturan a expensas de intervenciones alternativas sociales y de comportamiento que tienen el potencial de lograr mayores mejoras en la salud de la población”.

Mientras que la medicina preventiva basada en la prevención secundaria (programas de diagnóstico precoz) ansía incrementar el número de personas denominadas “supervivientes al cáncer”, la medicina post-genómica pone su mirada en la consecución de pre-vivientes, personas con certeza de ir a tener una enfermedad grave (no con un riesgo al que tener mayor o menor aversión, no, una certeza) que evitan mediante alguna acción pre-terapéutica (preventiva). La transición de la búsqueda de supervivientes a la creación de previvientes es la historia de una medicina cuyo marco epistémico avanza más despacio que la creación de identidades mórbidas.

Recientemente, un artículo de prensa (35) contaba la historia de una mujer con un largo historial familiar de cáncer de mama que, tras unos años creyendo que tenía una mutación que le otorgaba altas probabilidades de tener cáncer de mama (y tras pasar por una doble mastectomía profiláctica), en un re-test fue informada de que se había tratado de un falso positivo y en realidad no tenía dicha mutación. Más allá del caso individual, resultan interesantes las palabras con las que mostraba

su adscripción identitaria: “Me sentía en conflicto: había vivido mi vida como una previviente, había llevado esa identidad como una insignia de honor. Toda mi vida me sentí muy orgullosa de contar esta historia, de ser parte de este estudio, de marcar una diferencia. ¿Y ahora qué? ¿Quién era yo?”.

Para que la genómica no se convierta en *genomancia* y la prevención del futuro (¿presente?) no sea una pseudociencia, se precisa no solo de humildad epistémica, sino también de interacción con otras disciplinas que enriquezcan el marco de pretendido holismo de la medicina-4P. Frente a esta medicina-4P, tal vez sería formulable un salubrismo-4P (poblacional, político, promotor y participado), que, ante los valores del reduccionismo biomédico de la prevención predictiva, contraponga una alternativa de promoción (no prevención) mediante la incidencia política sobre una mirada colectiva (poblacional) que integre la participación de los miembros de la comunidad y que contribuya a que dichas intervenciones estén integradas en las necesidades del territorio (podríamos añadir una quinta “p”, que sería la del “promoción”).

CIERRE: ¿HACIA UNA PSIQUIATRÍA SALUBRISTA EN MATERIA DE PREVENCIÓN?

En los últimos años las instituciones y las iniciativas de taxonomía diagnóstica parecen haber puesto su mirada en actividades de prevención en el ámbito de la salud mental, por un lado, y en la detección de estados premórbidos, por el otro. La depresión, el suicidio o la psicosis son tres ámbitos donde la prevención primaria y la secundaria parecen intentar hacerse un hueco, mientras que la prevención cuaternaria parece tener un lugar seguro en estos ámbitos, así como en otros cercanos al diagnóstico y tratamiento de entidades como los trastornos del espectro autista o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Todos estos ámbitos serán objeto de polémica y de polarización de la práctica preventiva en el ámbito de la salud mental hacia una herramienta de normativización y control preventivo de resultados inciertos; la posibilidad de que estas actividades tengan cierto poder transformador en salud probablemente dependa de que transiten de la prevención más biopolítica a la promoción más comunitarista, que tenga en cuenta las condiciones de vida en las que los trastornos mentales se desarrollan y expresan (y también en las que, desde el otro lado de la mesa, se diagnostican y tratan) y sirva para generar lazos comunitarios que construyan perspectivas diferentes en el ámbito de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth.* 2001; 1(2): 2-16.
- (2) Venkatapuram S. *Health justice: an argument from the capabilities approach.* Cambridge: Polity Press, 2011.
- (3) World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. [Internet]. [Consultado el 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>.
- (4) Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos Medicina Interna.* 2011; 33(1): 11-4.
- (5) Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF.* 2012; 8(6): 312-7.
- (6) Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 2001; 30(3): 427-32.
- (7) Godlee F. Prevention is the role of governments, not health systems. *BMJ.* 2019; 364.
- (8) Gervas J, Starfield B, Heath I. Is prevention better than cure? *Lancet.* 2008; 372: 1997-9.
- (9) Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz L, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest.* 2008; 8(2): 53-96.
- (10) Heath I. An open letter to the Prime Minister. *BMJ.* 2008; 336: 360.
- (11) Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. *N Engl J Med.* 2008; 358(7): 661-3.
- (12) Grill K, Hansson S. Epistemic paternalism in public health. *J Med Ethics.* 2005; 31(11): 648-53.
- (13) Grenacree M. Defending public health policies from objections of paternalism. *UWOMJ* 2016; 85(2): 50-2.
- (14) Parmet WE. Beyond paternalism: rethinking the limits of public health law. *Connecticut Law Review.* 2014; 46(5).
- (15) Nozick R. *Anarchy, state, and utopia.* New York: Basic Books, Inc., 1974.
- (16) Bliss E. *Inmunidad.* Madrid: Dioptrías, 2014.
- (17) Fraser N. *Escalas de justicia.* Barcelona: Herder, 2008.
- (18) Hart JT. The inverse care law. *Lancet.* 1971; 1: 405-12.
- (19) Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health.* 2012; 11(12).
- (20) Bach PB. Gardasil: from bench, to bedside, to blunder. *Lancet.* 2010; 375(9719): 963-4.
- (21) Chew-Graham CA, Mullin S, May CR, Hedley S, Cole H. Managing depression in primary care: another example of the inverse care law? *Fam Pract.* 2002; 19(6): 632-7.
- (22) Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62: 580-3.
- (23) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de publicaciones, 2012.

- (24) Segura J. Crítica a la estratificación de los pacientes crónicos. Salud pública y otras dudas. [Internet] 2017. [Consultado el 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2017/03/06/critica-a-la-estratificacion-de-los-pacientes-chronicos/>
- (25) Margolles M. Estratificación de la población usando los determinantes sociales. En: V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Barcelona, 2013.
- (26) Ortiz Lobo A, Sobrado de Vicente-Tutor AM. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF. 2013; 9(7): 366-72.
- (27) Ortiz Lobo A, Murcia García L. La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En: Retolaza A, editor. Trastornos mentales comunes: manual de orientación. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009; p. 179-93.
- (28) Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Pública. 2011; 85(6): 513-23.
- (29) Heath I. In defence of a National Sickness Service. BMJ. 2007; 334(7583): 19.
- (30) Benedicto C, Carmona M. Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir “¿cómo estás?”. Colectivo Silesia. 2018. Disponible en: <https://colectivosilesia.net/2017/02/05/cribado-depresion/>
- (31) Hood L, Friend S. Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. Nat Rev Clin Oncol. 2011; 8: 184-7.
- (32) Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. Med Health Care and Philos. 2016; 19: 307-23.
- (33) Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health. 2015; 14:81.
- (34) James J. Personalised medicine, disease prevention, and the inverse care law: more harm than benefit? Eur J Epidemiol. 2014; 29(6): 383-90.
- (35) Boesen M. I got a double mastectomy after a genetic test. Then I learned the results were wrong. Huffington Post. 21 febrero 2019. [Internet] [Consultado el 16-03-2019] Disponible en: https://www.huffpost.com/entry/brca-genetic-testing-mastectomy_n_5c6c39fbe4b012225acd80d3

