



Prevención de la población al paciente y viceversa ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria?

Autores J Barbara Starfield, profesora distinguida. Universidad de Johns Hopkins. Baltimore. Maryland. EE.UU.
Juan Gérvas, médico general rural. Canencia de la Sierra. Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid).
Equipo CESCA. Madrid. España.

Existe una creencia casi generalizada acerca de los fines preventivos de la Atención Primaria, del trabajo del médico general/de familia. Por supuesto, en este nivel asistencial es posible el trabajo preventivo, pero no es una función de la Atención Primaria sino una actividad complementaria y necesaria para el cumplimiento de sus fines clínicos.



Barbara Starfield y Juan Gérvas

La tuberculosis es un problema en Rusia. La solución al mismo depende de la perspectiva, pues desde un punto de vista de la población lo importante es el suministro de leche higienizada y la disminución del desempleo, y desde el punto de vista individual es clave tener en cuenta a los pobres, a los que viven hacinados, a los toxicómanos, encarcelados, alcohólicos y desempleados y a los convivientes con un enfermo de tuberculosis. Es decir, el médico clínico debería tener en cuenta en sus pacientes las características señaladas para “pensar” en tuberculosis, hacer un diagnóstico precoz y llevar a cabo una pauta terapéutica eficaz. El político, o el especialista en Salud Pública debería centrarse en la higiene del proceso de obtención, manipulación, transporte y distribución de la leche, y en las políticas de empleo y de soporte al desempleado. El trabajo de ambos campos

sanitarios se suma y complementa, pero no debería confundirse. La mejor alternativa frente a la tuberculosis es una visión centrada en el problema según las oportunidades de intervención en cada nivel y en cada sector sanitario. La prevención ocupa un amplio campo en todos ellos, pero no llega a todo.

Muchos problemas de salud no se pueden prevenir. Es tal el cúmulo de factores que influyen en el estado de salud que resulta vano el intento de controlarlos con el objetivo de prolongar la vida o de cambiar su curso. El ansia de juventud eterna es cumplimiento de un deseo imposible, como bien refleja el poema sumerio de Gilgamesh. La suma de conocimientos científicos y médicos, y la revolución tecnológica de los siglos XX y XXI han dado a la Humanidad capacidades y

posibilidades casi increíbles, también el campo médico, pero las expectativas sociales y personales van más allá de lo posible. Es cuestión intrínseca a la actividad clínica el tener límites, lo que también se aplica a la prevención. Así pues, la prevención tiene intrínsecamente límites y en la práctica debería tener límites lógicos.

Existe una creencia casi generalizada acerca de los fines preventivos de la Atención Primaria, del trabajo del médico general/de familia. Pareciera que la prevención fuera actividad central en el trabajo del médico. Ello queda bien lejos de los objetivos de la Medicina, estudiados en el informe Hastings, y que se resumen en dos: 1/ prevenir, tratar y paliar las enfermedades y sus consecuencias, y 2/ ayudar a morir con dignidad.

Por supuesto, en Atención Primaria es posible el trabajo preventivo, sobre todo por el conocimiento profundo que tiene el médico de cabecera de sus pacientes. Estos lazos facilitan que el médico entienda a sus pacientes y sus actitudes vitales, y ayudan a comprender los factores que inciden en cada uno de ellos, con consecuencias perjudiciales, o beneficiosas, en su salud. Por eso, la buena relación médico-paciente ayuda a que sean eficaces los consejos sobre el tabaco, o sobre la dieta, o acerca del ejercicio físico, o la promoción de la salud mental, por ejemplo. Pero es fútil el empeño de transformar al médico de cabecera en un agente capaz de cambiar las condiciones sociales y ambientales que llevan a mejorar la salud de la población. La salud tiene condicionantes que se escapan al médico clínico, y cuyo manejo y mejora requiere técnicas y posibilidades ajenas a la Medicina; por ejemplo, la educación formal, o la redistribución de la riqueza, o la legislación laboral, o el control de la contaminación ambiental.

Ante los problemas sanitarios existe una tensión permanente entre la visión clínica y la visión de salud pública, especialmente en lo que se refiere a la prevención enfocada al conjunto de la población. Es decir,

En Atención Primaria es posible el trabajo preventivo, sobre todo por el conocimiento profundo que tiene el médico de cabecera de sus pacientes

existe un problema básico inherente a la aplicación de los principios del cuidado de la población al cuidado del paciente. La confusión es mayor cuanto más se acepta el concepto de “factor de riesgo” como enfermedad individual. Los factores de riesgo no son enfermedades y no deberían manejarse como tales. La mayoría de los factores de riesgo tienen su origen en estudios poblacionales y en todo caso son sólo asociaciones estadísticas (ni factores causales, ni factores suficientes, ni factores necesarios). Pocos clínicos, salubristas y políticos sanitarios son conscientes de la tragedia clínico-estadística, tal como la definió Feinberg: la existencia de un vacío casi imposible de salvar entre los estudios poblacionales y su aplicación al paciente indi-

vidual en el curso de la entrevista clínica. La ignorancia de esta “tragedia” se demuestra a diario, por ejemplo, con la utilización de las tablas de riesgo cardiovascular en forma de tablas de decisión; es decir, cuando se emplean las tablas de riesgo cardiovascular para tomar decisiones en pacientes concretos, puesto que sólo se pueden aplicar a poblaciones para tomar decisiones (para ser precisos, a conjuntos de individuos de poblaciones similares a las que dieron origen a las propias tablas).

En Salud Pública, las actividades y propuestas preventivas pretenden la mejora de la salud de toda la población, o de algún sector específico. En este sentido también están cambiando las condiciones de trabajo y la aplicación de los conocimientos preventivos. Por ejemplo, en el campo de las infecciones, donde las vacunas representaron un arma eficaz frente a enfermedades muy contagiosas y con alta probabilidad de complicaciones (incluyen-

do mortalidad), como la viruela o el sarampión. Se produce, además, una protección poblacional global al conseguir la vacunación de la totalidad o una amplia mayoría de la población. Pero las infecciones altamente contagiosas y con gran

probabilidad de complicaciones graves, incluso mortales, están desapareciendo, por los propios avances de la Medicina y por las mejoras del bienestar social (incluyendo el propio sistema sanitario de cobertura universal), de la educación, y en las condiciones medioambientales de suministro y depuración de aguas y alimentos, de viviendas, lugares y productos laborales y de otros espacios públicos y privados.

Por todo ello han disminuido extraordinariamente las posibilidades del riesgo poblacional grave por enfermedades infecciosas, al menos en los países desarrollados, como bien demuestra la comparación entre las pandemias gripales de 1918-19 (gripe “española”) y la actual de 2009-10 (gripe A o

“porcina”). No es bajar la guardia ante las infecciones, sino emplear prudentemente la prevención ante las mismas, y poner un límite al número de vacunas, pues cada vez se refieren más a problemas individuales y de menor entidad o rara frecuencia. Por ejemplo, no es lo mismo la vacuna antitetánica, que previene contra una enfermedad que sin tratamiento lleva a la muerte, que la vacuna contra el rotavirus, que causa una enfermedad leve que en el mundo desarrollado suele resolverse sin ni siquiera la visita al médico. En otro ejemplo, no es lo mismo la vacuna contra el sarampión, que previene una enfermedad con complicaciones múltiples y en ocasiones graves e incluso mortal, que la vacuna contra el virus del papiloma humano que raramente provoca una enfermedad grave y sólo excepcionalmente lleva a la muerte. Conviene no olvidar el componente poblacional y la gravedad de las infecciones, y de los problemas de salud en general, y adecuar las medidas preventivas de manera que se ajusten a la población y a sus necesidades más que a los individuos y sus problemas menores.

Naturalmente, los cambios tecnológicos, sociológicos, económicos, culturales y ambientales modifican radicalmente el balance entre beneficios y perjuicios de todas las actividades preventivas, como demuestra el ejemplo de las vacunas. Por ello, en el mismo ejemplo, el daño consustancial al uso de las vacunas empieza a aproximarse o supera ampliamente al daño causado por las enfermedades contra las que se inmuniza, al menos en los países desarrollados. Conviene, así, políticas que tengan en cuenta estos cambios y que lleven a una mejora en la salud a través de nuevas ideas y acciones, que a veces suponen abandonar antiguas concepciones respecto a la prevención, útiles en sus tiempos, pero perjudiciales en la actualidad.

Ante esta situación en el campo poblacional, de daño por la actividad preventiva, cabe preguntarse, ¿no será también la prevención individual más perjudicial que beneficiosa si simplemente aplicamos los viejos paradigmas? Con ellos se somete a la mayoría de los pacientes a actividades que



conlleven más riesgo que beneficios, de forma que la prevención clínica en el modelo actual conlleva una epidemia de iatrogenia, una violación repetida del principio básico de la Medicina, el *primum non nocere*, como bien demuestra el ejemplo del uso “preventivo” de la isquemia coronaria con los parches hormonales en la mujer climatérica.

La prevención cuaternaria (el evitar los daños que causa la actividad médica) se convierte en central, tanto el campo curativo, diagnóstico y terapéutico, como (irónicamente) en el propio de la prevención. Lamentablemente, muchos médicos y la mayoría de la población creen que vale la pena casi todas las novedades tecnológicas en el campo de la curación y de la prevención y las aplican, o las piden, convencidos de que son beneficiosas, o de que al menos no hacen daño. En la práctica se llegan a ignorar los daños inherentes a toda actividad sanitaria, curativa o preventiva, como si existieran algunas actividades “mágicas” plenas de beneficios y carentes de perjuicios.

Los cambios son globales y afectan incluso al modo de enfermar, a las formas y vivencias de la enfermedad, sin que cambie en buena lógica la forma de su atención. Así, se responde al sufrimiento individual actual con modelos clínicos y organizativos obsoletos, tanto en la atención curativa como en la preventiva. Apenas se tienen en cuenta, por ejemplo, cambios de la importancia del incremento de la co-morbilidad, un hecho que complica la atención en todas las edades por el aumento de la supervivencia ante las enfermedades, desde genéticas (síndrome de Down) a cardiovasculares (infarto de miocardio) pasando por cánceres (linfoma) y otras (neurodegenerativas como enfermedad de Parkin-

son). Los modelos de atención imperantes son incapaces de dar respuesta a los nuevos problemas agudos y crónicos, a la complejidad del enfermar que interacciona con los cambios tecnológicos y científicos en un ambiente que no tiene nada que ver con el predominante durante el desarrollo de la Medicina científica de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX. La práctica clínica tendría que cambiar para centrarse en los eventos vitales que llevan a cambiar la susceptibilidad a largo plazo del paciente frente a la enfermedad, en la misma forma que tendría que cambiar la atención a la salud poblacional.

La cuestión clave es el cambio profundo en las causas de enfermar, que cada vez son menos claras, directas y sencillas. La causa “única” de enfermar es rara, y lo habitual es la interacción entre causas biológicas, sociales y ambientales. De ahí la necesidad de cambiar las actividades y la filosofía de la salud pública, y de ahí el valor creciente de la Atención Primaria, del médico general/de familia capaz de considerar a la persona en su conjunto, y no como la suma de “piezas” que da la atención especializada. Así, se demuestra el

La cuestión clave es el cambio profundo en las causas de enfermar, que cada vez son menos claras, directas y sencillas. La causa “única” de enfermar es rara, y lo habitual es la interacción entre causas biológicas, sociales y ambientales

impacto positivo de una buena y fuerte Atención Primaria en las comparaciones internacionales hechas en el último cuarto de siglo. Ello se debe a la prestación de cuidados a individuos y familias a lo largo del tiempo para los distintos problemas de salud de los pacientes, con una profunda comprensión de la situación de cada uno de ellos, de sus características y actitudes vitales en lo personal, laboral, familiar, psicológico y social. Es una atención continuada y longitudinal por contraste con la atención episódica y esporádica de los especialistas.

Las políticas sanitarias y los gestores que las aplican deberían tener en cuenta

estos hechos esenciales y ayudar al desarrollo y mantenimiento de una Atención Primaria que precisa dar respuesta apropiada a la variabilidad de sus pacientes (y poblaciones). Es absurdo trasladar sin más experiencias y conocimientos de otros ámbitos geográficos y sociales pues se precisa un impulso inteligente aplicado a las necesidades locales, de forma que dé respuesta en todos los niveles, de la población y de la atención clínica (especializada y generalista). Las normas y reglas deberían tener la flexibilidad necesaria para permitir su adaptación a los casos concretos, tanto en la atención clínica como en Salud Pública.

La atención clínica debería centrarse en el paciente, en sus actividades curativas y preventivas. Esta atención centrada en el paciente reconoce a cada individuo como distinto, y exige adaptarse a sus necesidades, preferencias y creencias, lo que sólo se puede hacer si existe una relación privilegiada, continuada y longitudinal con su médico de cabecera. Se pueden valorar así las ventajas e inconvenientes, los beneficios y daños de las actividades preventivas y curativas en la situación y caso concreto.

De manera similar debería trabajarse con las poblaciones, a través de actividades adaptadas a las necesidades y características peculiares de las distintas poblaciones y de sus grupos.

Es esencial el trabajo armónico entre los niveles sanitarios y entre los sectores sociosanitarios, pero no deberían confundirse las funciones clínicas de la Atención Primaria con una actividad centrada en la prevención. La prevención no es una función de la Atención Primaria sino una actividad complementaria y necesaria para el cumplimiento de sus fines clínicos. El “giro a la prevención” del sistema sanitario es absurdo si no se distribuyen claramente las responsabilidades y papeles en lo que se refiere a pacientes y a poblaciones, y lleva inexorablemente al fracaso si conlleva la concepción de la Atención Primaria como atención centrada en la prevención ■