



RAFA M. MARIN

Joan Colom, Gerry Stimson y Rick Lines, en Barcelona.

**ADICCIONES** SEGÚN RICK LINES, DE LA IHRA

## Las políticas punitivas en el consumo de drogas ilegales perjudican la salud pública

■ **Karla Islas Pieck** Barcelona

Las políticas punitivas y estrictas que penalizan severamente el consumo de drogas tienen un impacto muy negativo en la salud pública, ya que dificultan el acceso de los drogodependientes a los programas enfocados a evitar los daños asociados a esta práctica, según Rick Lines, consejero de políticas de la Asociación Internacional de Reducción de Daños (IHRA, por sus siglas en inglés).

Durante la XIX Conferencia Internacional de Reducción de Daños en Drogodependencia, que se celebra estos días en Barcelona, ha señalado que en los países en los que las le-

**Los programas de prevención de daños que se aplican en las prisiones españolas son muy efectivos y se están exportando a otros países**

yes son más estrictas y castigan severamente la posesión y el consumo de drogas la incidencia de infecciones y contagios de VIH y hepatitis C en este colectivo es más alta que en los países en los que el consumo no está criminalizado.

A su juicio, los programas que se están implantando en España, y en concreto en Cataluña, están funcionando bien, por lo que incluso se están exportando a otros países.

Los más extendidos son el plan de intercambio de jeringuillas y el tratamien-

to de sustitución con metadona.

Dichos programas están orientados principalmente a los dependientes a los opiáceos, pero no hay que olvidar otros tipos de drogas que se consumen por vía parenteral, como los esteroides anabólicos y otras sustancias similares que se relacionan con la práctica de deportes de elite. En estos casos es menos frecuente que los usuarios compartan las jeringuillas, pero es común que usen un mismo frasco diferentes personas, con el potencial riesgo que conlleva. Los grupos deben ser también objeto de las intervenciones preventivas.

Según Gerry Stimson, director de la IHRA, es necesario que las políticas también vayan enfocadas al consumo de drogas estimulantes, de bebidas alcohólicas y de tabaco.

**Programas en Cataluña**

En el marco del proyecto de prevención de la sobredosis que ha implantado la Generalitat de Cataluña a principios de 2008, se ha comenzado a distribuir naloxona entre los usuarios activos.

Se trata de un antagonista de los opiáceos que se entrega durante los cursos de formación en los que también se explica la forma de prevenir y detectar una sobredosis, además de enseñar maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, según ha informado Joan Colom, subdirector de Drogodependencias del Departamento de Salud.

**TRIBUNA** IMPLICAR AL MÉDICO EN INICIATIVAS SOCIALES ENSOMBRECE SU VERDADERO PAPEL

# Prevención clínica, ¿sin límite?

→ El autor critica la tendencia existente a forzar los límites de la prevención clínica y a involucrar al médico en iniciativas sociales como el fomento de la lectura y la promoción del uso del cinturón de seguridad. A su juicio, estas rutinas hacen cada vez más difusa la verdadera misión del profesional.



**JUAN GERVÁS**  
Médico general rural y miembro del equipo de Correlación entre las Entradas y Salidas de la Consulta Ambulatoria (Cesca).

**Las propuestas de prevención clínica sin fundamento encuentran aceptación porque hacen llevadera la tarea clínica al disminuir la incertidumbre en el encuentro con el paciente**

**Hay miles de las llamadas "tontinaderías" que nos proponen como actividad clínica y que carecen de fundamento científico. No obstante, cuando pueden ser racionales nunca terminan priorizándose**

Un médico es un profesional universitario que precisa una actualización permanente a lo largo de toda su vida laboral, capaz de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas en situaciones clínicas de gran incertidumbre. En este sentido, el médico está preparado para llevar a cabo un noble trabajo, con mucho de arte, mucho de ciencia, mucha humanidad y mucha intuición. Lo sorprendente es que generalmente acierta. Y cuando no acierta, sabe aprender de los errores; es decir, los reconoce y comparte con los pacientes y compañeros; los emplea de acicate para la mejora diaria, y los repara.

Por ejemplo, un médico combina la cortesía sin fundamento científico de recibir y despedir a sus pacientes de pie en la puerta del despacho, dándoles la mano y mostrándoles una sonrisa, con el uso científico apropiado de una tabla de riesgo durante el encuentro clínico. Es decir, emplea la tabla para tener idea del riesgo de ese paciente si perteneciera a la población de la que se obtuvieron los datos, y para tomar en consideración todo lo peculiar del paciente, como enfermo en su entorno (en "sus circunstancias", en sentido orteguiano). Por supuesto, el médico científico, cercano y humano es capaz de ver que no hay enfermedades sino enfermos, y no se le ocurre transformar la tabla de riesgo en una de decisión.

**La conducta del buen médico**

El médico del que hablo tiene, sin ningún fundamento científico, flores naturales en la mesa del despacho de la institución pública sólo por el agrado personal y para el de los pacientes, y al tiempo solicita adecuadamente una prueba diagnóstica tras la historia clínica y la exploración a fondo, pues domina y aplica el Teorema de Bayes, y sabe cómo aumentar el valor predictivo de la prueba en cuestión mediante la selección apropiada del paciente y de la situación clínica.

Las tablas de riesgo son expresión condensada de un volumen increíble de información epidemiológica, pero en muchos casos se nos proponen las tablas de riesgo como tablas de decisión. Así se simplifica la clínica y disminuye la incertidumbre. Con los simples cálculos de la tabla de riesgo se atribuye la probabilidad de un determinado evento en el próximo futuro y se decide sobre la mejor forma de disminuir dicha probabilidad (generalmente, la prescripción de determinada terapéutica medicamentosa).

Al utilizar así las tablas de riesgo, al transformarlas en otras de decisión, estamos forzando los límites de la prevención clínica y dejamos de ser humanos, científicos y clínicos. Nos convertimos en simples robot errados. Desde luego, disminuimos la incertidumbre en la toma de decisión y volvemos cómodo el trabajo clínico. La comodidad la pagamos dejando de ser médicos, en el sentido que he definido al comienzo.

Las propuestas de prevención clínica sin fundamento encuentran aceptación porque hacen llevadera la labor al disminuir la incertidumbre en el encuentro con el paciente. Aplicas el algoritmo, la guía, el protocolo o la tabla de riesgo, y... ¡a no pensar! No obstante, la prevención clínica sin límites está llenando las consultas de lo que se podría denominar *tontinaderías*. Los médicos nos dedicamos a una prevención simple y

sin fundamento científico. Sirva de ejemplo la reciente propuesta de que los pediatras promocionen la lectura en las consultas. Es decir, que promuevan la lectura entre los menores aprovechando su visita a la consulta. Pero, ¿estamos hablando de médicos o de maestros? ¿De médicos o de promotores de lectura? No digo que los pediatras promuevan la incultura y el analfabetismo, pero un médico debe dedicarse a trabajar en situaciones de gran incertidumbre, y no ocupar su tiempo limpiando los mocos a los niños. Los mocos se los limpian sus padres. Y los padres educan a los niños y promueven en ellos el hábito de la lectura.

**Olvidando lo que era un médico**

A base de aceptar propuestas tontas los médicos estamos dejando de ser médicos. Por ejemplo, promover el uso del cinturón de seguridad, hacer un chequeo anual, tomar una muestra anual de cuello de útero, pedir un análisis cada cinco años, tomar la tensión a los niños cada tres años, hacer la prueba de O'Sullivan a las embarazadas, realizar un ECG anual a los hipertensos, etc. Son miles las *tontinaderías* que nos proponen como actividad clínica y que carecen de fundamento científico. Y cuando tienen tal fundamento, nunca se priorizan y a todas se les atribuye la misma imperiosidad. Son propuestas indecentes que degradan el trabajo del médico clínico.

El médico deviene de comunicador de malas noticias en transmisor de buenas nuevas. Es un cambio sustancial pasar de decir "tiene usted una imagen que no ha cedido en su pulmón tras curar la neumonía, a: todos los análisis de la revisión anual han dado normales". En lo práctico provoca al menos dos consecuencias: estar sobre-formados para las *tontinaderías* de cada día, y conducir a una mayor escasez de médicos para atender tanta *tontinadería*. Por consecuencia el facultativo pierde autoestima, autoridad y responsabilidad (y se le paga en consonancia, una indecencia). Muchos se queman y otros abandonan la profesión.

La prevención clínica tiene límites. Debe tenerlos para que el médico emplee su tiempo en las cosas útiles. Sé que no es fácil explorar estos límites en una sociedad que busca la eterna juventud apoyada en la colusión de intereses espurios profesionales, políticos e industriales. Por ello durante este año varios profesionales estamos dedicando los seminarios de innovación en atención primaria a la innovación en torno a la prevención clínica, expectativas y realidades ([www.fcs.es](http://www.fcs.es)).

El objetivo es entender la relación entre prevención clínica y sistemas sanitarios (es decir, análisis de la retórica de esos sistemas que quieren "girar hacia la prevención"); la priorización de las actividades (no puede ser lo mismo vacunar contra la polio que aconsejar dar un paseo vespertino), y el impacto de la hipertrofia de la prevención clínica en el "ser médico" (la repercusión de los excesos de la prevención clínica en el profesionalismo). Lo que debe considerarse urgente es hacer conscientes a los facultativos de los graves problemas que conlleva una prevención clínica sin límites, pues ahoga la práctica diaria de *tontinaderías* y degrada la imagen de la profesión médica.