

Semerger 25 (6): 559-562.

Sr. Director:

He leído el interesante artículo de Pérez Fernández M y Gérvas J (1) en el que se hace una crítica de la medicalización de determinadas situaciones no patológicas. Ante la incesante expansión en las sociedades desarrolladas de una cultura claramente medicalizada surgen de vez en cuando voces disonantes que reclaman una especie de vuelta atrás en el tiempo, recuperando lo que de humano-artesanal tiene la actividad sanitaria en detrimento del a su parecer excesivamente relevante componente científico-técnico.

Y la cuestión tiene mucho interés, pues esa especie de teoría de la reversión se cubre de argumentaciones teóricas aparentemente sólidas que tratan de demostrar que el hecho de evitar la medicalización es positivo para el paciente porque es sometido a menores exploraciones y positivo para el sistema porque supone un ahorro de recursos. En los ejemplos que se citan el argumento básico es que la intervención que se produce no supone mejoría en los resultados. Sin embargo, creo que en las sociedades desarrolladas, a principios del siglo XXI, hay cosas que no son de recibo. Es absurdo constatar un embarazo gemelar o una malformación congénita en el momento del parto por habernos querido ahorrar –¿en beneficio de quién?– una ecografía rutinaria anteriormente. Lo que antes de existir la ecografía era un desenlace posible de un proceso se convierte una vez que se dispone del procedimiento diagnóstico en una negligencia imperdonable, aunque ocurra una vez en cada millón de embarazos.

¿Qué decir sobre la amenaza de aborto? ¿Es aceptable en nuestros días que una embarazada tenga una hemorragia vaginal y se tire una semana en su casa sangrando (eso sí, sin fiebre/dolor o aumento de sangrado) sin saber realmente qué narices ocurre cuando está a tiro de piedra de un centro donde se les puede realizar una ecografía diagnóstica? Por mucho que el aborto sea un proceso auto-regulado, la reacción emocional de la mujer –argüida como argumento justificador de la abstención diagnóstica–, ¿no será mayor si sangra y el médico le dice que no se preocupe porque probablemente esté abortando?

Sobre la diabetes gestacional, los autores afirman que el único resultado perinatal asociado es la macrosomía del recién nacido, cuando en realidad los riesgos son además trauma obtétrico, hipoglucemia neonatal y mayor mortalidad perinatal (2). Aunque no esté demostrado que el screening mejore los resultados la pregunta es cuál es el coste-oportunidad de no hacer nada, o sea, qué gana la mujer por no hacerse la prueba. Siendo un

procedimiento inocuo, barato y bien tolerado habría que contrapesar la eficiencia de la abstención con la de la intervención, y no apoyar alegremente la primera.

Igualmente con respecto a la anestesia epidural la pregunta es por qué obligar a las mujeres a parir con dolor si no se ha demostrado que parir con anestesia epidural sea una aberración científica, como parecen querer apuntar los autores. No se trata de obligar a todas las parturientas a someterse a anestesia epidural, pero sí de ofrecer esa posibilidad, incluso en el sistema público de salud. Llevando el caso al absurdo, ofrezca Vd. a cualquiera la posibilidad de extraerse un diente con o sin anestesia. Infórmele con honradez, déjele que elija, y hágale caso, sin erigirse en censor supremo de actividades que tratan de aumentar el confort de los pacientes.

Podríamos seguir uno a uno con los ejemplos del artículo citado, si bien en alguno –como en el de las cesáreas– es fácil estar de acuerdo con los autores. Sin embargo, la filosofía de base –“las intervenciones no son necesarias, dejemos obrar a la naturaleza, que es sabia”– no es aceptable en el marco de sociedades que se encaminan hacia el estado del bienestar y la cultura del ocio. Como muy bien se apunta en la introducción, el conocimiento científico es fruto de concretas concepciones culturales y políticas. En realidad es una forma de ideología, y tan parcial es la que medicaliza la sociedad como la que pretende sobrevivir como si no hubieran producido extraordinarios avances diagnósticos y terapéuticos.

En Medicina, en los tiempos que corren, es posible acusar de dogmatismo científico a cualquier actitud ante un problema determinado. Es tal el aluvión de investigaciones simultáneas en todos los campos que muchas veces la conclusión depende más de cómo se presenten los resultados que de los propios resultados (3). Sería necesaria una formación científica extraordinaria y la valoración certera de incontables experiencias para poder obtener un juicio exacto sobre un problema de salud. Es tal la dificultad de encontrar la luz en la oscuridad, que existe una corriente científica que se dedica exclusivamente a ello, buscando resumir las incontables experiencias en pautas de actuación concretas bendecidas por la evidencia (4). Pero si a la dificultad de encontrar la luz en un procedimiento concreto añadimos que los screenings son de aplicación a grandes grupos de población y no a personas concretas, es decir, cuando hablamos en términos de salud pública, sumamos a las dificultades mencionadas un componente circunstancial que regula el científico, yéndonos de cabeza a la ideología y la actividad humana, hacia la efectividad en términos más electorales que propiamente sanitarios.

Situados ya en el ámbito de la salud pública y de la ideología, debemos aceptar las ideas reflejadas en la car-

ta de Pérez Fernández y Gérvas como la opinión de personas especialmente versadas en temas de salud, pero nada más, ni nada menos. Una opinión, respetable, de la que discrepo cortésmente y que me ha llevado a escribir estas líneas.

Mi hipótesis es que existen situaciones clínicas en las que más allá de la eficacia de la intervención hay que actuar teniendo en cuenta las posibilidades diagnósticas existentes, evitando la incertidumbre y aumentando en lo posible el confort y la seguridad del paciente, especialmente cuando ello se consigue de forma tolerable tanto para la persona como para el sistema. Negar una ecografía a una embarazada que sangra –por ejemplo– es un

elogio de lo cutre por más que se quiera justificar con decenas de citas bibliográficas por centímetro cuadrado. Y aunque todos debemos ser conscientes de que los recursos que manejamos son limitados y de que las expectativas de los usuarios son infinitas no debemos, en aras a una supuesta eficiencia o como un favor que le hacemos al paciente, actuar como si estuviéramos en una economía de guerra en un país subdesarrollado, evitando usar los procedimientos que el propio desarrollo humano ha diseñado en su permanente lucha por vivir más y mejor.

.....  
L. E. Blanco Montagut. Centro de Salud Ávila Rural.  
.....

### Bibliografía

1.- PÉREZ FERNÁNDEZ MM, GÉRVAS J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. SEMERGEN 1999; 25 (3): 239-248.

2.- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Guía de Medicina Clínica Preventiva. 2.ª ed. Alexandria, Virginia: International Medical Publishing, 1998.

3.- MENEU RICARDO R, PEIRÓ S, MÁRQUEZ CALDERÓN S. Influencia de la presentación de los resultados de los ensayos clínicos en la intención de prescribir: relativizando el riesgo relativo. Atención Primaria 1998; 21 (7): 446-450.

4.- BONFILL X, GABRIEL R, CABELLO J. La medicina basada en la evidencia. Rev Esp Cardiol 1997; 50 (12): 819-825.

## Calidad, coste y encarnizamiento médico contra las mujeres

Sr. Director:

Agradecemos la carta del Dr. Luis E. Blanco Montagut (1), correcta y amable, que nos da pie para aclarar algunos conceptos que pudieron haber quedado oscuros en nuestro texto original (2). Son cuestiones a comentar:

1. *Que se pueda deducir un deseo de "vuelta atrás en el tiempo" en nuestra crítica al encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres, cuando lo que se propone es el uso adecuado de la tecnología* (por cierto, el trabajo científico médico incluye, a partes iguales, calidad técnica y calidad humana; identificar ciencia con técnica es un grave error). No estamos contra el uso de analgesia en el parto, sino contra la universalización de la anestesia epidural como única alternativa para las mujeres que desean parir sin dolor. Lo "natural" es un reclamo más, vacío muchas veces de contenido; por ejemplo, hemos defendido el

uso de la "píldora" como método de control de la natalidad, por mucho que haya quien vea la contracepción hormonal como algo artificial; y la hemos utilizado en la práctica, desde nuestra toma de posesión como médicos generales, en 1974, cuando su uso como anticonceptivo estaba prohibido. En otros campos también hemos promovido la intervención "contra la naturaleza", como en estimular el uso de opiáceos para el tratamiento del dolor (3), o promover la utilización de betabloqueantes y antidepressivos (tricíclicos) (4); no es, pues, una actitud de rechazo a lo que de bueno pueda tener la técnica; es una crítica al abuso científico tecnológico.

2. *Que se pueda ver un deseo de "ahorro", o un ánimo de "actuar como si estuviéramos en una economía de guerra en un país subdesarrollado", cuando en nuestro texto no se alude ni una sola vez a la cuestión del coste monetario.* De

hecho hablamos de calidad, de fundamento científico de las decisiones y de costes indirectos - sin citarlos expresamente - . Son costes indirectos el tiempo del paciente y de sus familiares, la ansiedad que generan las pruebas (su propia realización y sus errores) y la morbilidad y mortalidad yatrogénica. En nuestro trabajo citamos prácticas y hábitos de médicos de países ricos, muchos más ricos que España, como Estados Unidos y Holanda (y, dentro de España, regiones ricas, como Cataluña, Navarra y el País Valenciano). Es en Holanda donde se atiende a la amenaza de aborto con fundamento científico y donde se atiende al parto en domicilio - además, donde no se prescriben antibióticos en las otitis (5) - . Ser rico no suele equivaler a ser tonto, sino a lo contrario (y que no se vea en esto un elogio de los ricos y su filosofía, claro); los holandeses son riquísimos comparados con los españoles, y sus médicos generales trabajan con conocimiento científico, no entregados en brazos de la última técnica absurda e innecesaria que quieran implantar los especialistas ("especialistas" en esas técnicas, obviamente). No nos concierne demasiado si es más barato trabajar con calidad; nos concierne, y mucho, trabajar sin calidad, o con pobre calidad (que, paradójicamente, suele ser muy caro).

3. *Que se aluda a una actitud heroica, de intentar evitar algo que "ocurra una vez en cada millón", sin tener en cuenta los enormes inconvenientes de esa intervención para las 999.999 mujeres que no se va a beneficiar de ellas.* Los principios a seguir en el cribaje son los fijados por Wilson y Jungner (6), utilizados por todos los que trabajan en prevención (7) y que hasta se ha listado en "El médico" (8), en la sección de "Contrapunto sanitario" que lleva uno de nosotros (JG). Desde luego, habría que combatir eficazmente cosas que producen casi 150 muertos por millón anuales en España, como los accidentes de tráfico, pero la solución heroica de destruir todos los vehículos a motor, y sus fábricas, no parece muy lógica; le falta la misma lógica que a la propuesta inicial. En todo caso, los cribajes no son más que una forma de intervención médica y, como tal, tienen efectos adversos - el editorialista del "British Medical Journal" tituló su comentario, gráficamente, como "¿deberían llevar los cribajes la advertencia de que pueden afectar gravemente a la salud?" (9). La respuesta es, sin paliativos, "sí".

4. *Que se acepte que la explosión de la información equivalga a explosión de la innovación.* Por desgracia se publica mucha basura, muchísima; la innovación es escasa, y el médico general puede formarse un buen juicio de las cuestiones más relevantes y comunes con métodos tan simples como seguir la sección mensual de SEMERGEN-BIBLIO. Naturalmente, la información pue-

de manipularse, y así se suelen dar los resultados en "riesgo relativo", y no en "riesgo absoluto" ( y, sobre todo, el inverso de este último, el "número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento/provocar un efecto adverso"). El riesgo relativo, eso de "el 40% de disminución en la mortalidad", por ejemplo en las mujeres con la terapia hormonal menopáusica, no es más que un engaño bobo (10), de uso habitual en anuncios y en charlas de los "expertos". Es fácil aprender a valorar los trabajos publicados, eliminando la basura, por muy "experto" que la firme; los mejores trabajos sobre lectura de artículos científicos, canadienses, publicados en JAMA, se han traducido al español y publicado como una monografía (11).

5. *Que se pierda la capacidad de poner límites a nuestras intervenciones.* La diferencia entre un médico y un charlatán es que el primero sabe los límites de su ciencia y no ofrece "milagros" (12,13). Cuando perdemos la capacidad de discriminación, y ofrecemos todo a todos los pacientes, nos convertimos en charlatanes, pues perdemos la capacidad de fijar límites. Charlatanes somos al realizar ecografías sistemáticas sin límite en los embarazos, la episiotomía a todas las mujeres, el legrado en todos los abortos, la sobrecarga de glucosa a todas las embarazadas, la mamografía desde los cuarenta años (¿por qué no antes ?), la citología a las españolas, la cesárea en todos los partos y la anestesia epidural a todas las parturientas. Un sistema de salud pública, un médico general, no es bueno por ofrecer todo a todos, sino por ofrecer servicios necesarios, con fundamento científico, con calidad técnica y humana (14). Ayer fueron las inyecciones para todo el mundo, con el rastro de abscesos glúteos y la epidemia de hepatitis B que nos inunda, y la amigdalectomía para todos los niños; hoy es el encarnizamiento con las mujeres; mañana el uso indiscriminado de las pruebas genéticas. En Andorra ya se hace una media de nueve ecografías por embarazo ; ¿llegaremos a hacer una cada semana, cada día? (¿por qué no ?).

y 6. *Que se acepte el uso de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas basándonos en la disminución de la incertidumbre.* Los médicos generales nos distinguimos de los especialistas en que toleramos con comodidad la incertidumbre (15). Son los especialistas los que precisan "datos duros" para pensar, obtenidos de máquinas y muestras biológicas; son ellos los que no toleran la incertidumbre, el "esperar y ver". Si hoy apareciera una máquina y una técnica para medir la longitud del vello pubiano en la mujer, habría un desarrollo consolidado y fuerte para convencer a las mujeres de la necesidad de conocer la longitud de su vello, toda una patología alrededor de la cuestión y, a no dudar, "unidades de medición del vello pubiano". No es un esperpento ; es una

hipérbole sobre las "unidades de menopausia", "unidades de diabetes y embarazo", y otros inventos. Mejor sería medir la calidad de cosas que ya se hacen a nuestras pacientes, como el programa de detección precoz de cáncer de mama, con mamografías, que no se puede seguir, ni en Castilla León, ni en otras regiones, a través de índices tan sencillos como el valor predictivo positivo (darán, eso sí, triunfales cifras sobre cánceres y muertes evitadas, sin que nadie sepa muy bien cómo se han hecho los cálculos). Son hechos lo que necesitamos, no opiniones. En el estado actual de nuestro conocimiento científico, no hay opiniones acerca de cuántas veces sale el sol al día, y no debería haberlas, por ejemplo, acerca de si la terapia hormonal menopáusica (THS) sistemática es útil, pues se ha demostrado su inutilidad (y peligrosidad) (16,17). No podemos seguir aceptando prácticas peligrosas, por muy habituales que sean; por ejemplo, en otro campo, la utilización del nifedipino sublingual en la crisis hipertensiva, que disminuye la tensión arterial a costa de aumentar ictus e infartos (18). Ello no nos impide reconocer las limitaciones del conocimiento científico-médico, por lo que es necesario trabajar con una "ética de la ignorancia" (19), de la que se habla poco en España.

Los firmantes no somos expertos en nada, pues como médicos generales nos interesa más el conjunto que las partes, pero invitamos al Dr. Luis E. Blanco Montagut, y a todo lector curioso, a leer la bibliografía que citamos para formarse una opinión propia, una opinión fundada en el conocimiento científico. En las cuestiones muy habituales los médicos generales necesitamos tener criterio para ayudar a nuestros pacientes a decidir; todo lo que gira alrededor de la salud de la mujer, del embarazo y del parto es muy frecuente, de forma que los médicos necesitamos saber cuándo actuar y cuándo dejar actuar a la naturaleza (opción que, si tiene fundamento científico, no es "natural", sino muy artificial y técnica); no es una cuestión de gasto, es una cuestión de calidad. No deberíamos medicalizar eventos fisiológicos, pues al utilizar servicios sanitarios innecesariamente transformamos a sanos en enfermos: "pocos comprarían" servicios sanitarios en ausencia de un beneficio esperado sobre la salud, y aquellos que lo hicieran serían generalmente considerados insanos: está enfermo cualquiera que busca atención sanitaria sin necesitarlo" (20).

.....  
**M. Pérez Fernández, J. Gérvas.** Equipo CESCA. C/General Moscardó 7. Madrid.  
 .....

## Bibliografía

- 1.- BLANCO MONTAGUT LE. Calidad, coste y encarnizamiento médico contra las mujeres. SEMERGEN 1999; 25: \*\*\*\*
- 2.- PÉREZ FERNÁNDEZ MM, GÉRVAS J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. SEMERGEN 1999; 25:239-248.
- 3.- GÉRVAS J, PÉREZ FERNÁNDEZ MM, GARCÍA SAGREDO P. El consumo de analgésicos opiáceos en España: ¿por debajo de las necesidades? Aten Primaria 1987;4:367-372.
- 4.- GÉRVAS J, PÉREZ FERNÁNDEZ MM. Farmacoeconomía y medicina general. En: Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos. Sacristán J, Badía X, Rovira J. (editores). Madrid: EDIMSA, 1995, págs. 185-202.
- 5.- FROOM J, CULPEPPER L, JACOBS M, MELKER RA, GREE LA, BUCHEN L, ET AL. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. BMJ 1997;315:98-102.
- 6.- WILSON JMG, JUNGER G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, Public Health Papers 34, 1968.
- 7.- SEGURA A, SPAGNOLO E, SANS S, ANDRÉS J. El caso del cáncer de cuello uterino y la frivolidad de la prevención masiva. Aten Primaria 1994;13:516-519.
- 8.- GÉRVAS J. Fundamentos del cribaje. El Médico 1995; 563 (24, marzo), 20.
- 9.- STEWARD BROWN S, FARMER A. Screening could seriously damage your health. Decisions to screen must take account of the social and psychological cost. BMJ 1997;314:533-534.
- 10.- RODRÍGUEZ ARTALEJO F. Prevención de enfermedades vasculares en las mujeres. Aten Primaria 1998;22 (Supl. 1):200-205.
- 11.- VARIOS AUTORES. La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica ( JAMA ). Barcelona: PPI, 1997.
- 12.- ILLICH I. Némesis médica. Méjico: Joaquín Mortiz/Planeta, 1978.
- 13.- ILLICH I. La obsesión por la salud perfecta. La Monde Diplomatique 1999;41 (marzo): 21.
- 14.- SMITH R. The NHS: possibilities for the endgame. Think more about reducing expectations. BMJ 1999;318:209-210.
- 15.- GÉRVAS J, ORTÚN V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria 1995;16:501-506.
- 16.- PETITTI DB. Hormone replacement therapy and heart disease prevention. Experimentation trumps observation. JAMA 1998;280:650-652.
- 17.- RUEDA J. Controversia en la atención a las mujeres climéricas. Aten Primaria 1999;23:386-387.
- 18.- GÉRVAS J, PÉREZ FERNÁNDEZ MM. Nifedipino sublingual en la crisis hipertensiva. SEMERGEN 1997;23:451.
- 19.- SMITH R. The ethics of ignorance. J Med Ethics 1992;18:117-118,134.
- 20.- ORTÚN V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: Incentivos y contratos en los servicios de salud. Ibern P (editor). Barcelona: Springer, 1999, págs. 1-18.