

La impertinencia de la oferta y el consumo sanitario inapropiado

Para contactar:
andreu.segurab@gencat.cat

Autor:
Andreu Segura. Médico de Salud Pública. Área de Salud Pública del Institut d'Estudis de la Salut,
Profesor asociado de Salud Pública. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universitat Pompeu Fabra.

¿Qué pasaría si dejáramos de decirle a la gente que vaya al centro de salud por tonterías y la educamos para que utilice adecuadamente los recursos, o le pedimos opinión sobre sus problemas reales?

La frecuentación ambulatoria en España es de las más altas del conjunto de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Se estima en casi 10 visitas por habitante y año. Claro que la tasa de ingresos hospitalarios es de las bajas. Lo que tal vez sea una de las razones que expliquen la fama de eficiente que se atribuye a nuestro sistema sanitario, porque, como es obvio, cuesta más dinero la atención hospitalaria que la ambulatoria. Más eficiente no es sólo más barata, desde luego. Por eso hemos de acudir a los indicadores de salud para comprobar que los más generales, como la esperanza de vida o las tasas de mortalidad infantil, son excelentes para España. Si bien la responsabilidad sanitaria en ese escalafón no es exclusiva. En cualquier caso, la cuestión es saber la proporción de consultas médicas o sanitarias que es adecuada.

¿Por qué la gente va tanto a los centros sanitarios ambulatorios? Marciano Sánchez Bayle, en un reciente artículo contra el copago, aducía razones organizativas: retirar recetas, hacer trámites como los partes de baja y de confirmación u otras zarandajas que impiden una adecuada comparación con otros sistemas sanitarios. Probablemente, tenga parte de razón –aunque cueste creer que nuestra sanidad sea de las más burocráticamente irracionales, lo que es tan difícil al menos como pensar que tenemos la mejor sanidad del mundo–, pero ¿cuánta razón tiene? Y lo que todavía es más interesante, ¿cuál es la proporción de visitas que resultan pertinentes? Es decir, que es lógico que se produzcan porque están motivadas por problemas susceptibles de mejora mediante la atención sanitaria.

De ahí que nos interese saber o al menos tener una idea de por qué y para qué va la gente al médico. Y también de cuál es la magnitud del consumo inapropiado, qué consecuencias tiene

y cómo se puede evitar o al menos limitar, si es que hay alguna manera.

¿A qué va la gente al médico?

Los motivos por los que las personas acudimos a los centros sanitarios son muy variados y han ido cambiando a medida que se incrementaba la oferta asistencial y la percepción de que la atención sanitaria es un derecho básico y se debilitaban los procedimientos tradicionales con los que se afrontaban infortunios, calamidades y precariedades, sobre todo las redes familiares y comunitarias.

La distinta evolución de los servicios sociales y de los sanitarios, a expensas de un retraso notable en el desarrollo de los primeros, también tiene que ver con las expectativas que la población pone en los servicios de salud, las cuales no han dejado de aumentar debido a la influencia de la cultura del consumismo que predomina en las sociedades humanas contemporáneas en general, y gracias también a la aportación específica de la medicina que por sí misma contribuye de forma notable a la promoción de este tipo de cultura en la que destaca la presunción de que todo tiene arreglo y de que casi todos los problemas de salud –al menos los que tenemos cada uno– nos los pueden y nos los deben solucionar y, además, enseñada.

En cualquier caso, vale la pena el ejercicio mental –ya que no hay datos empíricos exhaustivos– de pensar en las diversas categorías de razones que explican el comportamiento de la población en cuanto al consumo de los servicios asistenciales financiados públicamente, porque la conducta no es la misma cuando los servicios sanitarios utilizados son de pago.

Según las impresiones más o menos documentadas de los clínicos de Atención Primaria, una parte considerable de la demanda asistencial tiene que ver directamente con alteraciones en los estados de ánimo. Percepciones inconfortables que se etiquetan a menudo como cuadros de ansiedad, si bien ésta no puede considerarse automáticamente como patológica, puesto que se trata de una respuesta adaptativa a situacio-

¿POR QUÉ LA GENTE VA TANTO A LOS CENTROS SANITARIOS AMBULATORIOS?

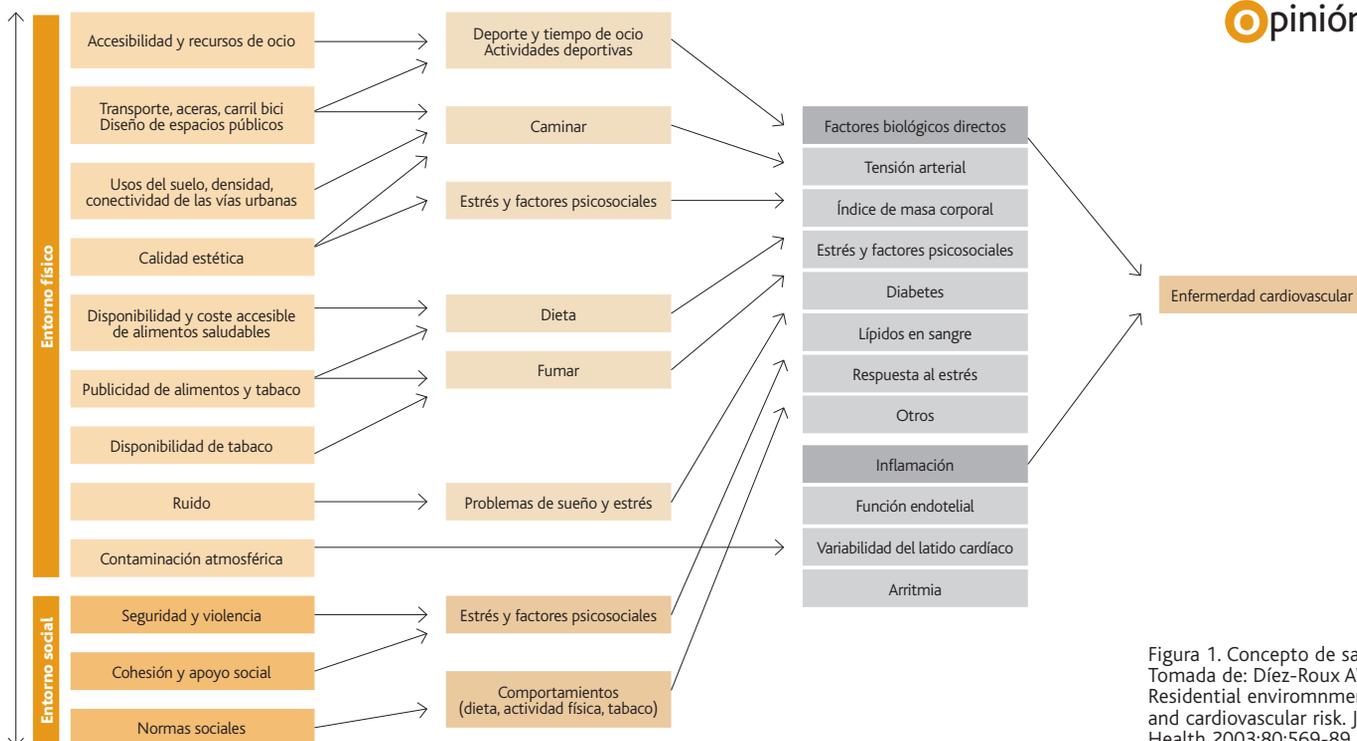


Figura 1. Concepto de salud Tomada de: Díez-Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health 2003;80:569-89.

nes conflictivas que nos estimula a enfrentarlas y resolverlas. Conflictos domésticos, familiares, laborales o, de modo más genérico, sociales, que no son debidos en principio a ninguna patología y que tampoco resultan susceptibles de una atención médica o farmacológica beneficiosa. Sólo cuando el grado de ansiedad es tan elevado que comporta una merma en la capacidad de reacción puede considerarse patológico o, al menos, inconveniente. Y en este caso recurrir a ansiolíticos o a otras terapias resulta ventajoso. De ahí que cuando el efecto balsámico de un ansiolítico facilita enfrentarse al problema es adecuado, pero cuando el efecto es meramente anestésico, sus consecuencias son claramente negativas, puesto que sólo sirve para enmascarar la situación que desde luego persiste y reaparece en cuanto se pasa el efecto del fármaco. Sin olvidar, además, la tolerancia y la dependencia que generan los medicamentos psicotrópicos.

Otra categoría de demanda asistencial es la que inducimos directamente. Buena parte de ella tiene que ver con actividades clínicas preventivas, sobre todo las que se dirigen a la detección y control de factores de riesgo, como pueden ser la hipertensión arterial, las dislipemias o la osteoporosis, que la mayoría de nosotros, y también de los pacientes, identificamos con enfermedades, aunque en rigor no lo sean; o para ser más precisos, sólo lo son si nuestra definición de enfermedad, que es siempre arbitraria, los considera así.

Los factores de riesgo son situaciones o características asociadas estadísticamente con la presentación de alguna enfermedad, pero cuya capa-

cidad de predicción no es inexorable. En una comunidad en la que la frecuencia de hipertensión arterial sea el doble que en otra, aparecerán muchos más casos de ictus. Del mismo modo, una comunidad con una gran proporción de hipercolesterolémicos presentará una incidencia superior de enfermedad isquémica cardíaca que otra que no la tenga tan elevada. Sin embargo, esto no significa que una persona hipertensa o con una elevada concentración de colesterol desarrolle forzosamente una enfermedad vascular cerebral o coronaria y, lo que es más importante desde el punto de vista de la clínica, tampoco que una persona normotensa o con un colesterol normal no la vaya a desarrollar.

Se trata, pues, de ver cómo reducir la frecuencia de los factores de riesgo en el ámbito de la comunidad (figura 1). Algo que, si bien se puede conseguir individualmente, requiere un esfuerzo muy grande, tanto en términos económicos como organizativos. Aunque la mayoría de las guías recomiendan empezar con intervenciones higiénicas, consejos dietéticos y fomento de la actividad física, incluso cuando se intenta, raras veces se consigue modificar las conductas de las personas, de manera que el recurso a la profilaxis medicamentosa es general, lo que se traduce en un gasto notable de fármacos hipotensores e hipolipemiantes que en conjunto alcanzan un 17% de la factura farmacéutica pública, lo que viene a ser el 5% del gasto corriente público en sanidad. Para hacernos una idea, el gasto corriente dedicado a los servicios de salud pública –vacunas incluidas– es del orden del 1,5%.



► La red AUPA: Centros de Atención Primaria interesados en la salud comunitaria

Para valorar si se trata de mucho o poco —no olvidemos la importancia de las enfermedades cardiovasculares—, hay que tener en cuenta que el grado de cumplimiento o adhesión a estas prescripciones se estima que es bajo, lo cual no es extraño al tratarse de situaciones que no limitan objetivamente nuestra capacidad funcional. Pero estas intervenciones clínicas preventivas no ayudan tampoco a disminuir la frecuencia de los comportamientos de riesgo que conducen a incrementar la incidencia de hipertensión y dislipemias: el sedentarismo y el exceso de peso. De manera que una estrategia como la que se considera resulta ineficiente y, dado que no se actúa igual sobre toda la población de riesgo, inequitativa.

Otra cosa sería si estas intervenciones fueran un complemento de actuaciones en el ámbito comunitario, que sirvieran de refuerzo a programas poblacionales de protección y de promoción de la salud.

En el apartado de la prevención, otras actuaciones merecen comentario. Por un lado, las que se refieren a la puericultura y que en muchas comunidades autónomas han dado lugar a lo que se denomina programa del niño sano, que más bien podría denominarse el síndrome del niño sano, debido a la gran cantidad de visitas de control que se programan sin que se haya demostrado que son eficientes ni equitativas. También hay que considerar las visitas ginecológicas rutinarias en este apartado. La práctica de citologías exfoliativas sistemáticas y periódicas que se limitan exclusivamente a las pacientes que demandan este servicio, que, para más inri, en la mayoría de comunidades autónomas no es de carácter poblacional ni objeto de evaluación sistemática ni, tampoco, se asocia adecuadamente con la controvertida vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH).

Naturalmente que hay otras razones que llevan a la gente al médico. Unas son consecuencia de la organización del sistema sanitario y de la sociedad. Acostumbran a englobarse en la categoría de trámites burocráticos, pero incluyen situaciones muy dispares, desde la mera obtención de recetas —situación que parece que está cambiando con la generalización de la receta electrónica— hasta los partes de confirmación de las incapacidades laborales. Incluso se dan casos curiosos cuando, por ejemplo, los pacientes demandan comprobantes de asistencia para la empresa o para la escuela. Si un maestro no confía en los padres de un alumno cuando le dicen que han llevado a su hijo al médico, porqué el sistema sanitario debe dedicar esfuerzos a certificar-

lo. ¿No sería mejor convocar a padres y profesores y aprovechar la situación para desmedicalizar o, por lo menos, «despolicializar» la práctica médica?

Otras razones son consecuencia del padecimiento de alguna limitación o sufrimiento, signos y síntomas que a veces reflejan enfermedades susceptibles de diagnóstico y tratamiento por parte del sistema sanitario, pero que en ocasiones simplemente traducen una reacción adaptativa del organismo, como sucede con la fiebre, por ejemplo. Reacción que, desde luego, puede llegar a merecer tratamiento, pero que casi nunca lo requiere de forma inmediata.

Como ha ocurrido con muchas otras facetas de la vida cotidiana, también se ha trivializado la asistencia médica o el recurso a los medicamentos que ahora se tratan sin apenas ningún respeto o prevención. Justo es reconocer que la capacidad y la potencia de los medicamentos es incomparablemente mayor que hace sólo unas décadas, de forma que se pueden tratar situaciones antes impensables. Pero del mismo modo se ha incrementado su capacidad de provocar efectos adversos, que son como la cruz de la moneda y que, como la cruz, no es posible —al menos hasta ahora— separarlos de la cara.

La medicalización de la sociedad

Los ejemplos anteriores ayudan a comprender lo fácil que resulta medicalizar la vida cotidiana. Si el mal humor, los disgustos o la tristeza son objeto habitual de consulta, con más causa todavía lo pueden ser la gestación o la menopausia. Situaciones fisiológicas que, no obstante, comportan una sensible probabilidad de consecuencias patológicas y, lo que es más importante, de beneficiarse de una adecuada atención médica.

Pero es que el abuso actual proporciona muchos más problemas que soluciones. No en vano la yatrogenia se ha convertido en un problema principal de salud pública en los países ricos, que, de acuerdo con el Instituto de Medicina de Estados Unidos, se hallaría entre la quinta y la sexta causa de muerte en aquel país, aunque Barbara Starfield considera que sería la tercera causa de muerte, si se incluyen los efectos adversos no atribuibles a errores médicos.

Claro que muchos de los errores médicos que matan se producen en enfermos graves o incluso terminales, lo que puede tranquilizar a quienes no deseen sentirse homicidas —¿o «mujer-

LA YATROGENIA SE HA CONVERTIDO EN UN PROBLEMA PRINCIPAL DE SALUD PÚBLICA EN LOS PAÍSES RICOS

ricidas»?—, pero no desde luego a quienes son acusados de despilfarradores y hasta de obstinación terapéutica, eufemismo de encarnizamiento. El problema seguramente es que entre los paradigmas de la medicina actual destaca considerar la muerte como un fracaso. Un valor absolutamente ajeno a la naturaleza y a la biología, pero cuyas consecuencias prácticas son notables. ¿Cómo, si no, se puede entender que entre las reacciones provocadas por el episodio de las sedaciones terminales en el servicio de urgencias del hospital de Leganés apenas se mencionara el sinsentido que implica llevar a urgencias a los pacientes moribundos?

En este contexto, no es de extrañar tampoco que proliferen las situaciones *borderline*, como el recurso al citrato de sildenafil o análogos, incluso para las mujeres, con el plausible propósito de gozar de la sexualidad, o el tratamiento del llamado síndrome de falta de atención con hiperactividad, más discutible, puesto que, en el mejor de los casos, podría afectar a un 5 o 10% de los niños así etiquetados, cuando hace sólo unos años no hubiéramos dudado en calificarlos simplemente de mal educados.

Como era de esperar, las compañías farmacéuticas aprovechan la oportunidad y, en ocasiones, la fomentan directamente, como denuncian profesionales tan reputados como Marcia Angell, que dirigió *The New England Journal of Medicine* durante unos años, o el periodista especializado Ray Moynihan, autor de *Sex, lies and pharmaceuticals*, en el que da cuenta de la estrategia de creación del síndrome de disfunción sexual femenina como objeto del deseo de la mercadotecnia. Moynihan, colaborador habitual del *British Medical Journal*, aprovechó el número dedicado a las inocentadas para informar del supuesto descubrimiento del problema de deficiencia de motivación, una broma que se tragarón muchos lectores.

Pero las compañías farmacéuticas no son las únicas ni probablemente las más importantes responsables de la situación. Apenas caricaturizando podría decirse que resultan inocuas sin la complicidad de los profesionales, los proveedores y las administraciones sanitarias, con el granito de arena imprescindible de los consumidores. Porque que una persona como Sara Carbonero decida someterse a una intervención de cirugía estética es para que las mucho menos afortunadas que ella se desesperen. O tal vez no. Claro que menos comprensible me pareció saber que un presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría hubiera obsequiado a su hija con motivo de su decimotavo cumplea-

ños con un aumento quirúrgico de mamas. O que se permitieran anuncios como el de regalar una tomografía computerizada de cuerpo entero con ocasión del aniversario de un ser querido, noticia de la que se hizo eco Richard Smith en el *British Medical Journal* cuando era uno de sus editores. Afortunadamente para mí, cuando mi madre, siendo yo adolescente, me llevó al dermatólogo preocupada porque se me caía mucho pelo, me encontré con que el cráneo del galeno relucía cual bola de billar, lo que me ha ahorrado múltiples tratamientos al asumir despreocupadamente mi condición de calvo.

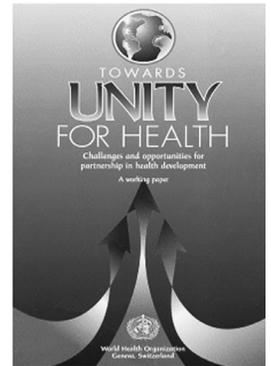
Pero la situación todavía se magnifica cuando atendemos a otros productos que apelan a la salud, como ocurre con los denominados alimentos funcionales, entre los que destaca la oferta de yogures de una conocida marca que parece tal cual la estantería de una farmacia: para la hipertensión, para el colesterol, el estreñimiento o la osteoporosis. Sin olvidar los que aumentan las defensas y ayudan a prevenir la gripe, como certifica el mismo Instituto Pasteur, que luego tal vez se lamenta de ver cómo le hacen la competencia a las vacunas que fabrica. A veces, incluso se trata de la apariencia de salud, como ocurre con muchos cosméticos. En fin, vivir para ver.

¿Hay alguna solución?

La cosa está francamente complicada, aunque en parte depende de nuestra actitud que pueda transformarse. Y no se trata de pedir comportamientos heroicos, que es bien sabido que no abundan, sino un poco más de consistencia y una chispa de creatividad, tal vez aderezada con cierto estilo deportivo de tomarse la vida y algo de sentido del humor.

Cabe preguntarnos qué pasaría si colocáramos en la puerta del consultorio un aviso tal que así: «¿Ya se lo ha pensado bien? ¿Sabe que si cruza este umbral se expone a la yatrogenia? ¿Merece la pena?». Tal vez nos denunciaran por mala práctica. Pero ¿no es literalmente cierto? No obstante, hay verdades que cuesta asumir.

Otra posibilidad, complementaria —no alternativa— es la de promover la salud comunitaria, contribuyendo al desarrollo de iniciativas de emancipación o empoderamiento de la gente en materia de salud. Algo que desde el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) se intenta llevar a cabo y que la red Actuando Unidos por la Salud (AUPA) pretende generalizar en Cataluña, veremos si con suficiente acierto y habilidad.



► La iniciativa *Towards Unity for Health* (TUFH), Unidos hacia la salud

ENTRE LOS PARADIGMAS DE LA MEDICINA ACTUAL DESTACA CONSIDERAR LA MUERTE COMO UN FRACASO