

JOSÉ RUBEN DE ALCÂNTARA BONFIM

---

ENFERMEDADES CRÓNICAS,  
“MEDICALIZACIÓN” E IATROGENIA

Medico sanitarista y PhD en Ciencias.



---

# ENFERMEDADES CRÓNICAS, “MEDICALIZACIÓN” E IATROGENIA

JOSÉ RUBEN DE ALCÂNTARA BONFIM

Para tratar de la interrelación de estas cuestiones de la práctica de salud, en particular de la práctica médica, es conveniente explicar, aunque brevemente, algunos conceptos básicos relacionados con estos aspectos.

## ENFERMEDADES CRÓNICAS

Se supone que la designación de enfermedades crónicas se refiere a aquellas que no son transmisibles (ENT) – enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre las principales –, que constituyen hoy la mayor demanda de los servicios de salud en todo el mundo y que, según un reciente informe publicado por la Organización Panamericana de la Salud, con versiones en Inglés, Español y Portugués (OPAS, 2015), tiene sólo la mitad de los pacientes diagnosticados y cerca de la mitad de ellos es tratada; de estos 25% que reciben asistencia, sólo la mitad alcanza objetivos deseados de tratamiento médico. Es decir, de modo acumulado, sólo una de cada diez personas con enfermedades crónicas es tratada con éxito (Hart, 1992<sup>1</sup> apud OPAS, 2015). En cuanto a la apropiada asistencia requerida, debe tenerse en cuenta que

La gestión integrada de las enfermedades no transmisibles es justificada por al menos tres razones importantes. En primer lugar, la mayoría de

---

1 Hart, J. T. **Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care.** *British Journal of General Practice*, v. 42, n. 356, p. 116-119, 1992. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371996/pdf/brjgenprac00058-0030.pdf>.

las personas tiene más de un factor de riesgo y/o las ENT (por ejemplo, la hipertensión y la obesidad, o la hipertensión y la diabetes y/o asma) [TINETTI; FRIED; BOYD, 2012]. Por lo tanto, es apropiado para tratar estas condiciones<sup>2</sup> dentro de una estructura integrada de atención. Otra de las razones por las que se justifica la atención integrada es que la mayoría de las ENT impone demandas similares sobre los trabajadores y los sistemas de salud y formas similares de organización de la atención y el tratamiento de estas enfermedades tiene una efectividad similar, cualquiera que sea la etiología. En tercer lugar, la mayoría de las ENT tiene factores primarios y secundarios de riesgo en común. Por ejemplo, la obesidad es un importante factor de riesgo para la diabetes, la hipertensión, las enfermedades del corazón y algunos tipos de cáncer y las enfermedades del corazón pueden ser una complicación a largo plazo de más de una enfermedad crónica, como la diabetes y la hipertensión (OPAS, 2015, p. 16).

Según Lotufo (2015, p. 51),

Sin embargo, en Brasil, vamos a tener que incluir otras causas relevantes de muerte para los hombres: la cirrosis y la enfermedad hepática [...] es necesario entender la dimensión de este conjunto en la mortalidad en Brasil. Ellas representaron, en 2012, el 62% de las muertes por todas las causas, pero sin incluir a las causas externas (homicidios y accidentes de tráfico, en su mayoría) la proporción alcanza el 78% de todas las muertes.

Y al presentar las 15 principales causas para los hombres y mujeres, entre 30 y 69 años, en 2012, el autor comenta

El exceso de mortalidad entre los hombres es del 38% básicamente por la enfermedad del hígado (258%), enfermedades cardiovasculares (60%) y

---

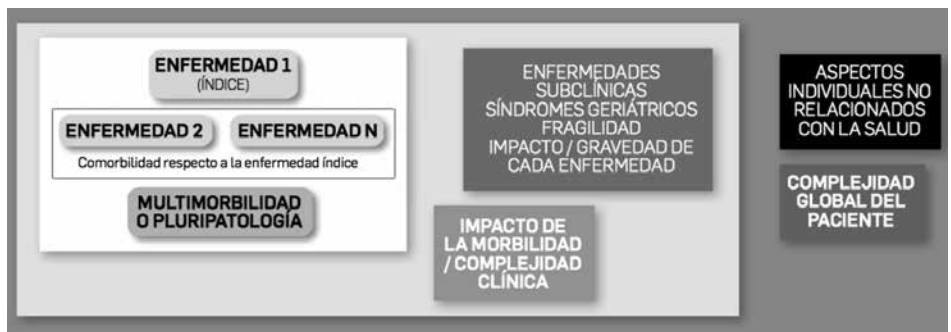
2 En el original, *conditions*. *Condition* se traduce mejor por estado, posición o situación, pero también enfermedad, agravio, afección. Por ejemplo, a *heart condition* es una afección del corazón, a *skin condition* es una enfermedad de la piel, de acuerdo con Santos (1981, 2007). Navarro (2000) también comenta: *Condition* - Evítese su traducción acrítica por 'condición', pues en los textos médicos puede tener otras dos acepciones frecuentes: 1. Su acepción más frecuente no es condición, sino enfermedad, proceso, dolencia, afección, cuadro clínico o trastorno; [...] 2. Estado, situación (de un paciente o una enfermedad).

la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (34%). Las muertes causadas por el cáncer y la diabetes afectan a ambos sexos. El análisis preliminar de las 15 principales causas tanto en los hombres cuanto en las mujeres indica determinantes subyacentes, como la aterosclerosis y dislipidemia (enfermedad coronaria e infarto cerebral), la hipertensión (hemorragia del parénquima cerebral y miocardiopatías), la obesidad (diabetes) y el tabaco (cáncer aerodigestivo superior, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardíaca coronaria). Otro factor muy importante es la alta prevalencia, con alto consumo individual de las bebidas alcohólicas: la cirrosis y los altos tipos de cáncer aerodigestivos altos. Al impacto del uso exagerado de bebidas alcohólicas se suman otras causas de muerte, como homicidios y accidentes en general (Ibid, p. 51).

El tratamiento integrado de las enfermedades degenerativas crónicas es el mayor desafío de la gestión de los servicios de clínica, necesariamente hecha de modo interprofesional, pero, en regla en el país, prevalece el trabajo del médico por medicamentos recetados.

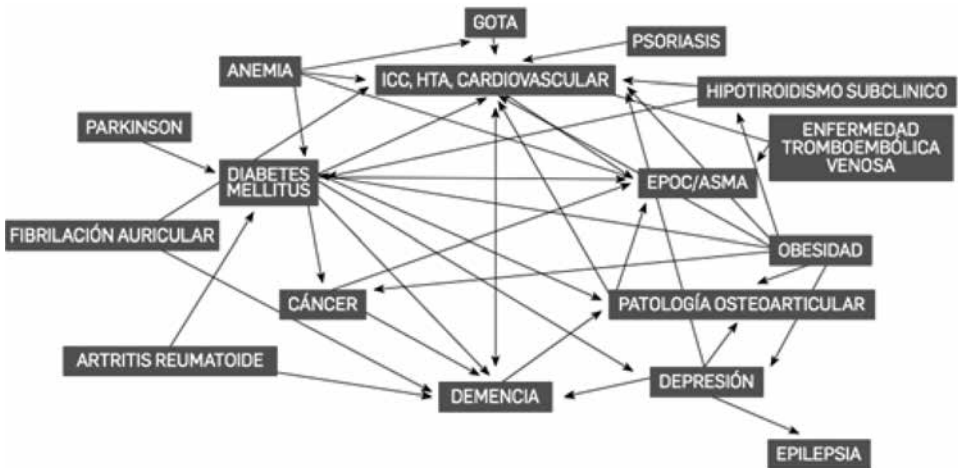
Las consideraciones de la OPAS se basan en enfoques de multimorbilidad, a ejemplo de la Figura 1, de Martínez Velilla (2013, p. 8).

**Figura 1. Definiciones de multimorbilidad**



A veces la enfermedad índice se acompaña de comorbilidades de relevancia similar a la enfermedad considerada como principal, estableciendo incluso una relación interinfluyente, verificable en la Figura 2.

**Figura 2. Interacciones entre las enfermedades según la literatura médica reciente (2012)**



Obs.: EPOC – Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA – Hipertensión arterial; ICC – Insuficiencia cardíaca congestiva.

La Figura 2 muestra que, cuanto más edad uno tiene, difícilmente tendrá una afección específica, pues es intensa la interacción de las enfermedades que se enumeran como si fueran entidades separadas en ICD-10. Se observa, por ejemplo, que la obesidad tiene relaciones con hipotiroidismo subclínico, enfermedad osteoarticular, depresión, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, otros problemas cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer, y estas enfermedades, a su vez, también tienen conexiones con otras, lo que confirma el modo de ver de la medicina que precedió la actual etapa tecnológica, de que no hay enfermedades sino enfermos, y ellos no son sólo organismos biológicos que sufren, sino seres sociales que sufren (Bonfim, 2015).

### “MEDICALIZACIÓN”

El término “medicalización” es un neologismo que todavía no está incorporado en el Diccionario Houaiss de la Lengua Portuguesa (Houaiss; Villar, 2001) y tiene varios significados en la literatura especializada, depen-

diendo del énfasis del enfoque sociológico, biológico o biopsicosocial. Para fines de una exhaustiva discusión, podemos considerar el fenómeno según Orueta Sánchez (2011, p. 151) como «la conversión en procesos mórbidos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y que se pretende resolver por medio de la medicina, situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales”.

Y los autores ejemplifican (Ibid., p. 52):

- Se considera necesario el control médico de ciertas etapas de la vida (juventud, menopausia, proceso de envejecimiento);
- Problemas personales/sociales pasan a entenderse como problemas médicos (tristeza, luto, síndrome postvacacional, etc.);
- Factores de riesgo pasan a ser considerados como auténticas enfermedades (osteoporosis, hiperlipidemia, etc.);
- Situaciones o cuadros clínicos poco frecuentes pasan a ser comprendidos, de forma artificial, como frecuentes (disfunción eréctil, disfunción sexual femenina, etc.);
- Síntomas o cuadros clínicos leves son elevados, de forma artificial, a indicadores de cuadros graves (intestino irritable, síndrome premenstrual, etc.).

Pero uno no puede dejar de reflexionar sobre la contribución de los estudiosos de extracción foucaultiana como Rose (2006, p. 9 apud Maturo, 2012, p. 123), que señala que la manipulación molecular es la principal característica de nuestra sociedad:

El “estilo de pensamiento” de la biomedicina contemporánea considera la vida a nivel molecular como un grupo de mecanismos vitales inteligibles que puede ser identificado, aislado, manipulado, movilizado y recombinado bajo prácticas de intervención que no están limitadas por la aparente capacidad reguladora de un orden vital natural.

Así Maturo (2012) afirma que vivimos en una sociedad que cada vez más se convierte en *biónica* (expresión utilizada por el autor), es decir, la

biología y la genética son vistas como las principales fuerzas que afectan la vida humana, en que los factores sociales juegan una función menor.

Él, a continuación, define la “medicalización” como un proceso por el que algunos aspectos de la vida humana son ahora considerados como problemas médicos, mientras que antes no eran considerados patológicos. El autor también considera que Illich (1981), en 1973, hizo un análisis preciso de iatrogenia de muchas enfermedades, nombrando iatrogenia social a la proliferación de enfermedades causadas por la ampliación de las categorías médicas en la vida cotidiana.

Maturo (2012) presenta un esquema que puede ser útil para entender las fuerzas que impulsan la “medicalización”. El término “consumismo” se refiere a los consumidores que hacen cada vez más uso de la terminología médica con el fin de analizar su propia salud, ya que están influenciados por las advertencias en la televisión y búsquedas en la Internet, y los anuncios animan a la gente a tomar en cuenta las necesidades de salud que de otra manera no considerarían.

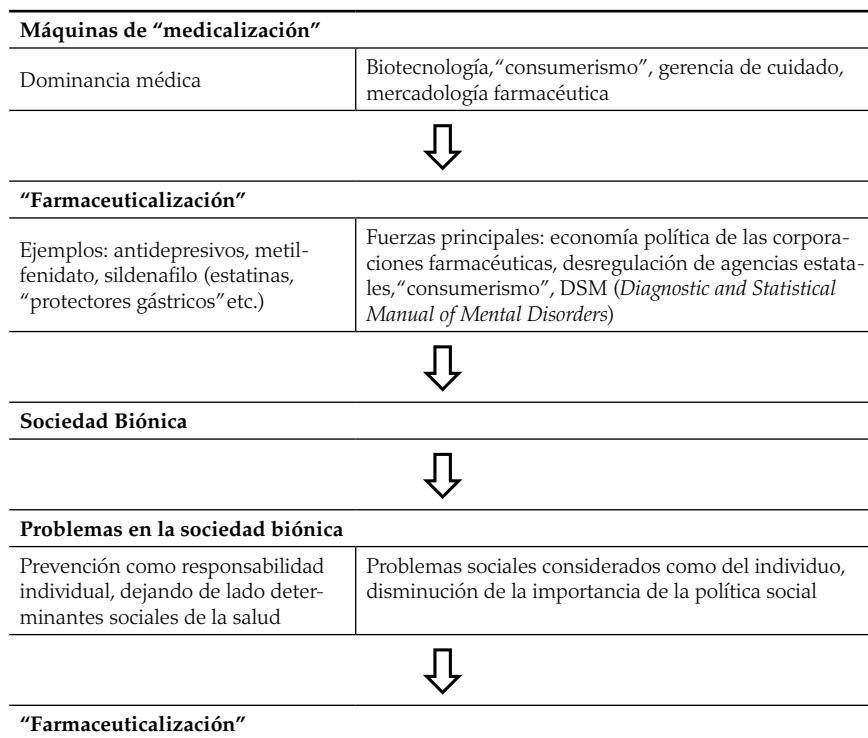
El autor también hace hincapié en que el uso de productos farmacéuticos y la “medicalización” no son lo mismo. Y menciona a Abraham (2010, p. 290), que define “farmaceuticalización” como “el proceso por el cual las condiciones sociales, de comportamiento o del cuerpo son tratadas, o se cree que es necesario tratar/intervenir con medicamentos, por los médicos, pacientes o ambos”. Los principales ejemplos incluyen el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo con ansiolíticos o antidepresivos, el tratamiento del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con metilfenidato (por ejemplo, Ritalin) y el tratamiento de la disfunción eréctil con sildenafil (por ejemplo, Viagra). Él añade: «incluso el tratamiento de los factores de riesgo de enfermedades del corazón con drogas reductoras del colesterol, como las estatinas, se puede considerar un ejemplo de ‘farmaceuticalización’ (Maturo, 2012, p. 125). Y observa, acertadamente, “que todas las enfermedades mencionadas podrían ser tratados por medios no farmacéuticos, como lo fueron en el pasado: el tratamiento serían médicos, como una psicoterapia, o no médicos, tales como un cambio en la forma de vida” (Ibid., p. 125).

Otro aspecto de gran importancia en el esquema Maturo (2012), que se apoya en Abraham (2010), se refiere a la “desregulación” de las agencias



del gobierno, que, en los EE.UU., requiere, por ejemplo, que los productores demuestren la calidad, seguridad y eficacia de sus productos (pero no su avance terapéutico) con el fin de obtener un nuevo medicamento aprobado por las agencias reguladoras. Y menciona Light (2010, p. 7): “Cuando una compañía farmacéutica dice que un medicamento es ‘efectivo’ o ‘más efectivo’, por lo general significa más eficaz que un placebo, no más eficaz que los medicamentos existentes”.

A continuación se muestra el flujograma de Maturó (2012), ya que él ilustra cuestiones acerca de los conceptos de “medicalización”, “farmaceuticalización” y lo que él llama de sociedad biónica, antes mencionada.



Fuente: Adaptado de Maturó (2012).

## IATROGENIA

No es fácil conceptualizar iatrogenia y enfermedad iatrogénica. Según Pacheco e Silva (1970), citando Littré<sup>3</sup>, *iatron* sería el lugar donde los médicos de la Antigüedad guardaban sus instrumentos y aparatos, hacían operaciones, curaban heridas, reducían luxaciones o fracturas y daban consultas. Uno de los libros de Hipócrates se titula *Del taller médico o del iatron*; de ahí viene la expresión enfermedad iatrogénica, para designar la enfermedad causada por el médico. Y Pacheco e Silva (1970, p. I) aún considera un significado más amplio:

Por enfermedades iatrógenas se deben designar sólo aquellas causadas por el médico cuando, en la atención al paciente, lejos de ser claro, tranquilizarle, consolarle, inadvertidamente planta dudas en su espíritu, despertando temores, fobias, ideas obsesivas, angustia o cuadros neuróticos. Ya, para otros, esta misma expresión serviría para caracterizar cualquier enfermedad o estado mórbido, tanto de la esfera física como psíquica, resultante de la intervención médica y de sus auxiliares, ya sea correcta o equivocada, justificada o no, pero de la que resultan consecuencias perjudiciales para la salud del paciente.

Lacaz (1970, p. 4) extiende el concepto cuando dice que:

Varios factores tienen interferencia con el aumento de la incidencia de las denominadas “enfermedades iatrogénicas” o “enfermedades iatrofarmacogénicas”. Estas causas pueden ser así recordadas:

- 1 – El rápido desarrollo de la industria farmacéutica;
- 2 – La publicidad intensiva, con el apoyo de la industria de alta potencia económica;
- 3 – El uso abusivo de drogas por parte de las personas;
- 4 – Un gran desarrollo de la cirugía, creando nuevos síndromes;
- 5 – La falta de preparación de los médicos en los conocimientos de psicología médica.

---

3 Émile Littré (1801-1881) fue el lexicólogo francés que tradujo los tratados hipocráticos.

Y Lacaz (Ibid.), de forma pionera en nuestro medio e incluso internacionalmente, señala, de manera innegable, la influencia de la publicidad farmacéutica realizada por la industria, la causa básica de la iatrofarmacogenia y, por extensión, de la iatrogenia – décadas después vendría a ser conocida como los efectos adversos de los medicamentos, hoy causa importante de mortalidad en los países donde hay registro de reacciones adversas. En los EE.UU., por ejemplo, las reacciones adversas ya constituyen la cuarta causa principal de mortalidad.

La publicidad intensiva realizada por los laboratorios, especialmente entre los jóvenes esculapios, así como por la prensa y la radio, es otra razón importante para que la casuística de las enfermedades iatrogénicas esté siempre en aumento. Por lo general se suele anunciar los triunfos y los “milagros”, pero no los riesgos, los efectos nocivos o secundarios de los medicamentos. La mayor víctima de todo esto es el público en general. Se necesita mantener un buen criterio en la lectura de las publicaciones de los laboratorios (Ibid., p. 4-5).

Por último, Lacaz (1970) resume el concepto de enfermedades iatrogénicas, con énfasis en la perspectiva de la acción médica, la naturaleza de la droga y de sus características de renuncia. Además, incluso prefigura lo que sería conocido más tarde como la relación beneficio-riesgo:

Las enfermedades iatrogénicas (o enfermedades del progreso de la medicina, “man made pathologic processes”, “therapy induced diseases”, enfermedades causadas por la mano del hombre, “drug induced diseases”, “disease caused by drugs”) dependen de la medicina y de su naturaleza, del paciente, de la dosis y de la duración del tratamiento, de la vía de uso del producto y de la velocidad de su aplicación. Debemos insistir en que *totala terapia trae un riesgo calculado* [énfasis añadido] (Ibid., p. 6).

En la obra clásica Avorn y Soumerai (1983), se proponen estrategias de educación para contrarrestar la inducción realizada por la industria farmacéutica cuanto a la prescripción: recomendaron la visita de los “representantes” académicos para mejorar la calidad de las decisiones sobre la

terapia farmacológica y reducir los gastos innecesarios. El mismo autor, Avorn (2003), al criticar a aquellos que piensan que la publicidad farmacéutica tiene efectos beneficiosos para los consumidores (en los EE.UU. se permite hacer publicidad de medicamentos que requieren recetas, a diferencia de Brasil y la mayoría de los países), sugiere que una mayor presencia de la comunicación no comercial, orientada a la salud pública, podría producir un impacto más útil y costo-efectivo en la salud de los pacientes.

Wazana (2000) confirmó la influencia de la industria farmacéutica sobre los prescriptores, determinando su comportamiento en función de su interés, y los análisis de Angell (2004) extendieron a todo el espectro de la actividad médica el entendimiento de que la industria farmacéutica produce más daño a los pacientes que antes se pensaba.

La gran alarma sobre la necesidad de una reorientación con relación al control de la industria farmacéutica se dio desde la retirada del mercado en septiembre de 2004 de rofecoxib (Vioxx®, de la Merck Sharp & Dohme, en Brasil), un antiinflamatorio no esteroideo. A partir de ese momento, se dio cuenta de que algo nuevo podría surgir en la regulación farmacéutica. Porque, de acuerdo con la Drug Watch (2014),

En 2004, Merck retiró el medicamento del mercado después de un estudio que reveló que él más que doblaba el riesgo de ataques cardíacos y muerte. Hasta entonces, más de 38.000 muertes estaban relacionadas con el uso de Vioxx, y más de 25 millones de estadounidenses usaron la droga. [...] El Vioxx causó tanto daño y destrucción que algunos lo identifican como el peor desastre farmacéutico de la historia. El escándalo de Vioxx no sólo fue devastador para los pacientes afectados y sus familias; también reveló problemas dentro de la FDA [Food and Drug Administration]. Muchos sospechan que la empresa de Nueva Jersey y la FDA trabajaron juntas para mantener el fármaco en el mercado y silenciar las preocupaciones de salud [online].

Merece un examen cuidadoso el texto de López Rodríguez (2015), *VIOXX: paradigma de la codicia*:

El 30 de septiembre de 2004 se retira del mercado Rofecoxib. Más

conocido por su nombre comercial: Vioxx. Después de haber sido utilizado masivamente a nivel mundial por más de 80 millones de personas, sus graves efectos adversos obligaron a ello. Por su cuantía y relevancia **se trata del “envenenamiento” más grave de la historia de la humanidad y la retirada más importante de un medicamento a nivel mundial [énfasis original]**. El caso Vioxx es el paradigma de la codicia. Un mal que aqueja a nuestro sistema económico y particularmente de forma severa a nuestro sistema farmacéutico industrial. **Nuestra industria farmacéutica está gravemente enferma de ambición. Su principal objetivo ya no es mejorar la salud de la población sino su beneficio económico [énfasis original]**. Veremos cómo **MSD no tuvo reparos para manipular la investigación científica, falsificar datos, ocultar y obstaculizar la información veraz y manipular a los profesionales médicos [énfasis original]**. Todo en aras de su afán de lucro [online].

Este preámbulo es precedido por la pregunta: ¿Podrían repetirse casos como el de Vioxx o de Avandia<sup>4</sup>?

El artículo analiza lo que sucedió antes y después de la retirada de rofecoxib – y termina con la siguiente reflexión:

Quiero concluir este repaso sobre el caso VIOXX con las palabras del prestigioso farmacólogo: *Joan-Ramon Laporte*, director de la *Fundación Instituto Catalán de Farmacología*, que explica a “*elmundo.es*”: *‘No sé de un medicamento que en tan poco tiempo haya causado tanto dolor. Alguien me preguntó si yo no creía que la talidomida había producido más víctimas, a principios de los años sesenta. Se contabilizaron unos 5.000 casos de malformaciones congénitas atribuidas a talidomida en todo el mundo. Quizá el tratamiento hormonal sustitutivo ha dado lugar a un número de víctimas (mortales y no mortales) más o menos equiparable al Vioxx. Pero no recuerdo que nunca se haya hablado de tantas víctimas de un mismo medicamento, en términos de efectos graves y mortales. En el caso del Vioxx ha quedado claro que Merck [el fabricante] conocía el riesgo cardiovascular desde el*

---

4 Rosiglitazona, GlaxoSmithKline. Antidiabético prohibido en Europa a causa de los riesgos cardiovasculares; Estados Unidos ha restringido la venta, pero en Brasil, su registro fue cancelado el 29 de septiembre de 2010.

año 2000, y sin embargo lo siguió comercializando' [énfasis original]. A modo de conclusión, una reflexión hecha en el boletín de la Fundación Instituto Catalán de farmacología, y que compartiremos todos: ***'Después de que en España el rofecoxib haya producido centenares de muertes y acontecimientos graves, no parece que haya responsables. El Ministerio anunció que abría un expediente, pero unos días después dijo que era puramente informativo. Nadie reclama a MSD que por lo menos le devuelva el dinero al sistema de salud, porque las supuestas ventajas de Vioxx® no eran tales (MOYNIHAN, 2005). Nadie reclama a la AEMPS ni al Ministerio, que tenían la obligación de defender la salud de los ciudadanos. Es necesaria otra política farmacéutica, que defienda a los ciudadanos de las deformaciones diseminadas con finalidad comercial'*** [énfasis original]<sup>14</sup> (Butletí Groc, 2005).

No se sabe nada sobre el tema en Brasil.

La cuestión de fondo es que muchas autoridades reguladoras de medicamentos dan prioridad al proceso de aprobación y no a la seguridad del paciente (Lexchin, 2015). Y el autor ejemplificó que la FDA quería añadir una alerta en el rótulo de rofecoxib sobre los riesgos cardiovasculares considerando los resultados del estudio VIGOR (*Vioxx GI Outcomes Research*), pero hubo objeciones por parte de la industria farmacéutica; el resultado de las negociaciones superó un año y finalmente condujo a un cambio: en lugar de ser insertado en la sección "alerta", terminó en la sección menos prominente, de "precauciones", y se dice que es de importancia clínica desconocida. Lexchin (2015) llegó a la conclusión de que el primer paso para disminuir el número de personas que mueren a causa de las drogas es entender que las cuestiones deben centrarse e involucrar a los mejores recursos en el sistema de vigilancia posterior al registro, poniendo el nivel de seguridad de las drogas en igualdad de importancia con su aprobación y aumentando la transparencia de la información tanto de las compañías farmacéuticas cuanto de las autoridades reguladoras farmacéuticas.

Esto está de acuerdo con las conclusiones de Onakpoya, Heneghan y Aronson (2015), quienes encontraron 95 medicamentos retirados del mercado entre 1950 y 2013 por haber causado la muerte. Todos fueron

retirados en al menos un país, pero al menos 16 permanecieron disponibles en algunos países. Los retiros fueron más frecuentes en los países europeos; pocos se han registrado en África (5,3%). Cuanto más se acerca la fecha de lanzamiento tan pronto las muertes se han reportado. Sin embargo, en el 47% de los casos, más de dos años transcurrieron entre la primera notificación de muerte y la retirada de la droga, y esta brecha no ha mejorado en los últimos 60 años.

En Brasil, no se sabe nada acerca de este grave problema de salud pública, no sólo por los informes de reacciones adversas graves son extremadamente insuficientes, sino también son raras las notificaciones de muerte atribuibles a las drogas.

## CONSIDERACIONES FINALES

Cualquier intervención educativa con los prescriptores en el Sistema Único de Salud, o en otro lugar, requiere una cuidadosa atención para identificar el fenómeno del diagnóstico excesivo y posterior tratamiento excesivo, especialmente farmacológico, que subyace a la interrelación de las enfermedades crónicas, la “medicalización” y la iatrogenia.

Además, es esencial que los prescriptores, dispensadores y todos los que tienen que ver indirectamente con las drogas entiendan el concepto de prevención cuaternaria.

### Diagnóstico y tratamiento excesivos

Welch, Schwartz e Woloshin (2011, p. xiv), de modo simple, pero exacto, dicen que *overdiagnosis* no es sólo un diagnóstico excesivo, sino que también “se produce cuando las personas son diagnosticadas con enfermedades que nunca causarán síntomas o la muerte». Y explican:

El diagnóstico precoz es la meta. La gente busca atención cuando está bien. Los médicos tratan de identificar la enfermedad antes. Más personas han encontrado la enfermedad precoz que la enfermedad tardía, entonces se

hace más diagnóstico – incluyendo en los que no tienen síntomas. Algunas de estas personas están destinados a desarrollar síntomas. Otras no – ellas están diagnosticadas por exceso (Ibid., p. xv).

Y el razonamiento se completa así:

Así que el problema del diagnóstico excesivo deriva directamente de la expansión del grupo de personas en el que se hace el diagnóstico: de individuos con enfermedad (aquellos con síntomas) a las personas con anomalías (aquellos sin síntomas). El problema se agrava aún más de acuerdo a la definición de lo que constituye una anomalía que es cada vez más amplia (Ibid., p. xv).

Y concluyen:

Ya que los médicos no saben quién es diagnosticado en exceso y quién no, pacientes con diagnóstico excesivo tienden a ser tratados. Sin embargo, un paciente diagnosticado en exceso no se beneficia del tratamiento [...] sólo puede tener daños. Es una verdad simple que casi todos los tratamientos tienen el poder de causar algún daño (Ibid., p. xv).

Es una especie de diagnóstico anticipado sin la posibilidad de previsión de desarrollo real de la enfermedad. Si evolucionar, casi siempre se contorna por medio de las intervenciones no farmacológicas (nutrición, actividad física adecuada, el cambio en el estilo de vida, actitudes preventivas hacia los riesgos de ocupación, etc.). Por último, una serie de pasos que, cuando se toman, impiden la intervención farmacológica. Caso sea necesaria, sin duda será instituida con más seguridad para el paciente, caso realmente sea, por haber manifestado una enfermedad identificada por criterios estrictos.

### **Prevención cuaternaria**

Antes de considerar las designaciones conocidas de la prevención, que se basa en la secuencia del supuesto curso natural de la enfermedad



(conforme el modelo de Leavell y Clark ampliado), es decir, la prevención primordial, primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria, Segura (2014, p. 181) advierte:

El intervencionismo es particularmente acusado en el ámbito de la prevención, sobre todo clínica, pero también de salud pública. Esto ha conducido a una notable distorsión del concepto preventivo mismo<sup>7</sup> [STARFIELD; HYDE; GERVAS, 2008] y a la necesidad de volver a pensarlo desde la perspectiva de la prudencia, puesto que las medidas preventivas no están exentas de efectos adversos y, además, porque aunque «pueden conllevar grandes beneficios para la comunidad, ofrecen pocos a cada participante individual», como explicaba Geoffrey Rose al describir la llamada «paradoja de la prevención»<sup>8</sup> [ROSE, 1981]. Cautela y prudencia a la que nos remiten las consideraciones éticas y deontológicas más tradicionales, entre las que destaca el archiconocido *Primum non nocere*<sup>9</sup> [HERRANZ, 2002] inspirador de uno de los cuatro principios básicos de la bioética, el de no maleficencia, que no se limita a no hacer daño sino que requiere además saber qué es dañino y tener en cuenta que al intentar averiguarlo podemos exponer a las personas objeto de nuestra indagación al riesgo de sufrirlo<sup>10</sup> [The Belmont Report, 1979].

Para no incurrir en posibles problemas de intervencionismo en el campo de la prevención, la prevención cuaternaria, formulada para reducir los problemas de iatrogenia, debe seguir su objeto peculiar, como lo sugieren Martínez González et al. (2014, p. 396. e2):

según señala Marc Jamouille, médico belga creador del concepto, es «identificar pacientes o población en riesgo de sobremedicalización, para protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos o cuidados éticamente aceptables»<sup>1</sup> [NÈVE; BERNSTEIN; TERRA, 2013]. Desarrollar la prevención cuaternaria es una necesidad específica y acuciante de las sociedades desarrolladas, en las cuales coexisten tremendas paradojas: una excelente pero progresivamente insostenible medicina pública, con la medicalización más injustificada; una población cada vez más dependiente del sistema sanitario, a pesar de tener mejores

indicadores de salud que nunca; pacientes con demandas ilimitadas de salud fomentadas por nuestra propia medicina que, arrogantemente<sup>2</sup> [SACKETT, 2002], ha generado en la opinión pública la idea de que todo es prevenible y curable, y una medicina que ofrece programas preventivos y pruebas de toda índole no siempre apoyados en la evidencia científica ni valorados por los propios profesionales.

La educación del médico prescriptor, además de ser continuada en los aspectos relacionados con los riesgos de una prescripción, tiende a ser conservadora, en el sentido indicado por Bonfim (2015, p. 27):

La prescripción conservadora ya se conocía por otras denominaciones igualmente válidas como escepticismo saludable (en la prescripción de medicamentos), o la prescripción cautelosa, más prudente, racional. Esto no es más que una mejora que clínicos y los farmacólogos, durante décadas – sin otra intención sino la búsqueda de racionalidad en el acto terapéutico – han recomendado, en todas partes, a las generaciones de los prescriptores.

Además, el fin último del acto terapéutico es lograr que haya la toma de decisiones por parte de los que están siendo cuidados, pues (Ibid., p. 61)

Parece que en nuestro medio los médicos aún no tienen una comprensión completa de que la administración de los servicios de salud es una parte integrante del proceso completo de prescripción, y muchas veces también el prescriptor no considera otro polo, que es la necesidad de un paciente estar instruido, por él médico y por el equipo de salud, para adquirir la capacidad de decidir.

Los prescriptores consientes, o, a veces por la intuición, a menudo siguen las sugerencias Gale (2009, p. 1980) para no cometer los siete pecados mortales de la prescripción de los medicamentos, de ocurrencia habitual en el tratamiento de las enfermedades crónicas:

1. Usar productos farmacéuticos para tratar un problema no farmacéutico;

2. Suponer que nuevos fármacos sean mejores;
3. Repetir prescripciones que no cumplen un propósito racional;
4. Usar un fármaco para contrarrestar los efectos adversos producidos por otro;
5. Sobreestimar los beneficios de su intervención;
6. Perseguir el miraje de la longevidad más allá del sentido común;
7. Reducir la calidad de vida que uno intenta mejorar.

Ninguno de nosotros es inocente de estos pecados, y la seguridad de los medicamentos debería ser mucho menos un problema si fuese realidad.

## AGRADECIMIENTOS

A Carla Müller Batisteli Barros, del quinto año de Enfermería, por su colaboración en la edición.

## REFERENCIAS

Abraham, J. The Sociological Concomitants of the Pharmaceutical Industry and Medications. In: BIRD, C. et al. (Eds.). **Handbook of Medical Sociology**. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010. p. 290-308.

Angell, M. Investigaciones. La verdad sobre las compañías farmacéuticas. **Boletín Fármacos**, v. 7, n. 5, p. 49-56, nov. 2004. Disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/nov04.pdf>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Avorn, J. Advertising and prescription drugs: promotion, education, and the public's health. **Health Affairs**, Millwood, supl. web exclusives: W3-104-8, jan-jun. 2003. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2003/02/26/hlthaff.w3.104.long>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Avorn, J, Soumerai, SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". **The New England Journal of Medicine**, v. 308, n. 24, p. 1457-1463, jun. 1983.

Bonfim, JRA. **Análise da prescrição de fármacos não constantes da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do município de São Paulo, 2008-2013**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. 763p.

Butlletí Groc. La decepció de los coxibs. **Butlletí Groc**, v. 18, n. 1, p. 3, jan-fev. 2005. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/butgroc/butgrocSPA/butgroc\\_a2005m1-2v18n1iSPA.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/butgroc/butgrocSPA/butgroc_a2005m1-2v18n1iSPA.pdf). Acceso en: 10 jun. 2015.

Drug Watch. **Vioxx Recall Information**. Maio 2014. Disponible en: <http://www.drugwatch.com/vioxx/recall/>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Gale, EA. Collateral damage: the conundrum of drug safety. **Diabetologia**, v. 52, n. 10, p. 1975-1982, out. 2009. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=collateral+damage+the+conundrum+of+drug+safety>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Herranz, G. **The origins of “Primum non nocere”**. BMJ letter. Set. 2002. Disponible en: <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/29/origin-primum-non-nocere>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Houaiss, A, Villar, MS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Illich, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Tradução de José Kosinski de Cavalcanti. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

Lacaz, CS. Doenças iatrogênicas. Conceito. Classificação. Importância do seu estudo. In: Lacaz, CS, Corbett, CE, Teixeira, PA. **Doenças Iatrogênicas**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Sarvier, 1970. p. 3-14.

Lexchin, J. Why are there deadly drugs? **BMC Medicine**, v. 13, fev. 2015. doi: 10.1186/s12916-015-0270-2. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12916-015-0270-2.pdf>. Acceso en: 10 jun. 2015

Light, DW. Bearing the Risks of Prescription Drugs. In: LIGHT, D. W. (Ed.). **The Risks of Prescriptions Drugs**. New York: Columbia University Press, 2010. p. 40-69.

Lopéz Rodríguez, L. **VIOXX: paradigma de la codicia**. NoGracias, 27 abril 2015. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2015/04/27/vioxx-paradigma-de-la-codicia/>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Lotufo, PA. Um desafio para 2025: reduzir a mortalidade precoce por doenças crônicas em todo o mundo. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 20, n. 2, p. 51-52, 2015. Disponible en:

[http://www.apm.org.br/publicacoes/rdt\\_online/RDT\\_v20n2.pdf](http://www.apm.org.br/publicacoes/rdt_online/RDT_v20n2.pdf). Acceso en: 10 jun. 2015.

Martínez González, C et al. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 81, n. 6, p. 396.e1-396.e8, 2014. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/prevencion-cuaternaria-la-contencion-como/articulo/S1695403314002835/>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Martínez Velilla, N. El desafío terapéutico de la multimorbilidad. **Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra**, v. 21, n. 3, p. 1-12, maio-jul. 2013. Disponible en: [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8E20EDDC-EB73-40DA-B8F4-4CE3F96235D4/264988/Bit\\_v21n3.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8E20EDDC-EB73-40DA-B8F4-4CE3F96235D4/264988/Bit_v21n3.pdf). Acceso en: 8 jun. 2015.

Maturo, A. Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society. **Mens Sana Monograph**, v. 10, p. 122-133, 2012. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353591/?report=reader>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Navarro, F. **Diccionario crítico de dudas: inglés-español de medicina**. Madrid: McGraw Hill/Interamericana, 2000. p. 105.

Nève, J, Bernstein, J, Terra, MA. Prevención cuaternaria, uma tarefa explícita del médico generalista. Una entrevista com Marc Jamouille. **Archivos de Medicina Familiar y General**, v. 10, p.23-26, 2013. Disponible en: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/130/116>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Onakpoya, IJ, Heneghan, CJ, Aronson, JK. Delays in the post-marketing withdrawal of drugs to which deaths have been attributed: a systematic investigation and analysis. **BMC Medicine**, v. 13, p. 26, 2015. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12916-014-0262-7.pdf>. Acceso en: 10 jun. 2015.

OPAS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, D. C.: Opas, 2015. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=29753+&Itemid=999999&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29753+&Itemid=999999&lang=es). Acceso en: 10 jun. 2015.

Orueta Sánchez, R et al. Medicalización de la vida (I). **Revista Clínica Médica Familiar**, v. 4, n. 2, p. 150-161, 2011. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n2/especial6.pdf>. Access on: 9 jun. 2015.

Pacheco e Silva, AC. Prefácio. In: Lacaz, CS, Corbett, CE, Teixeira, PA. **Doenças Introgênicas**. 2. ed. rev. e amp. São Paulo: Sarvier, 1970. p. I.

Santos, AS dos. **Guia prático de tradução inglesa: comparação semântica e estilística entre os cognatos de sentido diferente em inglês e português**. 2. ed. rev. E amp. São Paulo: Cultrix, EDUSP, 1981. p. 93.

Santos, AS dos. **Guia prático de tradução inglesa: como evitar as armadilhas das falsas semelhanças**. ed. rev. amp. e atualiz. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2007.

The Belmont Report. **The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research**. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The Belmont Report. Washington, D. C.: US Department of Health and Human Services, 1979. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Tinetti, ME, Fried, TR, Boyd, CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. **The Journal of the American Medical Association**, v. 307, n. 23, p. 2493-2494, 2012. Disponible en: <http://www.commed.vcu.edu/IntroPH/Chronic%20Diseases/JAMAMultimorb.pdf>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Rose, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. **BMJ**, v. 282, p. 1847-1851, 1981. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1506445/pdf/bmjcred00661-0031.pdf>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Segura, A. Prevención, iatrogenia y salud pública. **Gaceta Sanitaria**, v. 28, n. 3, p. 181-182, 2014. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/prevencion-iatrogenia-salud-publica/articulo/S0213911114000429/>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Sackett, DL. The arrogance of preventive medicine. **Canadian Medical Association Journal**, v. 167, p. 363-64, 2002. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/167/4/363.full.pdf+html>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Starfield, B, Hyde, J, Gervas, J. Health. The concept of prevention: a good idea gone astray? **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 62, p. 580-583, 2008. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/62/7/580.full.pdf+html>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? **The Journal of the American Medical Association**, v. 283, n. 3, p. 373-380, jan. 2000. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192314>. Acceso en: 10 jun. 2015.

Welch, HG, Schwartz, LM, Woloshin, S. **Overdiagnosed**. Making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press, 2011.