



EDITORIAL

La dimensión social y cultural de la prevención Consideraciones sobre los beneficios colectivos e individuales de la prevención

The social and cultural dimension of prevention Considerations on the collective and individual benefits of prevention

Andreu Segura Benedicto

Área de Salud Pública, Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.
Profesor asociado de Salud Pública, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

Recibido el 25 de enero de 2012; aceptado el 30 de enero de 2012
Disponible en Internet el 30 de marzo de 2012

«A vegades és necessari i forçós que un home mori per un poble, però mai no ha de morir tot un poble per un home sol» Salvador Espriu.

«A veces es necesario y forzoso que un hombre muera por un pueblo, pero nunca ha de morir todo un pueblo por un solo hombre»

Cuando a los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios se les prescribe una intervención preventiva, el provecho para su salud es la justificación que se aduce. Sin embargo, en el mejor de los casos, solo una minoría obtendrá un beneficio directo, ya que la mayoría no hubiera padecido la enfermedad que se pretende evitar aunque no hubiera adoptado la medida preventiva¹. Porque incluso las dolencias de mayor incidencia no afectan a la mayoría aritmética de la población. Que la mayoría no se aproveche lo denominó Geoffrey Rose paradoja de la prevención, aunque bien mirado es algo totalmente lógico.

Lo que no obsta para que en el ámbito de la población los beneficios de las medidas preventivas –efectivas, claro está– sean, ahora sí, directos. Y el saldo neto que resulte de su aplicación, positivo. Una población que reduzca la proporción de hipertensos disminuirá su incidencia de ictus; y la que tenga un porcentaje de hipercolesterolémicos pequeño tendrá menos incidencia de infarto de miocardio que otra

en la que abundan los dislipémicos. En cambio, entre las personas que padecen ictus o infartos de miocardio, no son excepción las normotensas o las normolipémicas. Lo que es válido para la sociedad no lo es forzosamente para el individuo. Si una probabilidad de X del 0,1 o del 0,2 en el colectivo significa que 10 o 20 de cada 100 personas presentan X, en el caso de una persona determinada el acontecimiento ocurre o no, no lo hace en un 10% o en un 20% de X, porque una décima parte de un ictus o de un infarto no tiene sentido.

Igualmente, la mortalidad por cáncer de mama es, en general, menor cuando la cobertura de población diana de los programas de prevención secundaria es alta, aunque la mayoría de las mujeres obtenga un resultado verdadero negativo que solo es benéfico en el sentido de «menos mal que no tengo nada» y que otra parte, afortunadamente más pequeña, padezca consecuencias negativas derivadas de los resultados falsos positivos y negativos o del temible sobrediagnóstico.

Pero la mal llamada paradoja de la prevención tiene un corolario que, según el propio Rose supone «...que no se debe esperar demasiado de la educación sanitaria individual. La gente no estará muy motivada para seguir nuestros consejos porque obtiene poco individualmente, especialmente a corto y medio plazo» argumento que Ricard Meneu destaca como potencial incitación a la publicidad engañosa. En efecto, si tenemos en cuenta el efecto disuasorio que supone asumir las molestias y hasta eventuales efectos

Correo electrónico: andreu.segurab@gencat.cat

adversos primero y esperar que en el futuro se reciban los beneficios, no es de extrañar que resulte poco atractiva para uno mismo. De modo que al temer que el comportamiento de los individuos no responda a la racionalidad utilitarista que valora optimizar el beneficio poblacional, parece fácil sucumbir a la tentación de escamotear información relevante que pudiera hacernos desistir, o por lo menos dudar de la conveniencia, de adoptar la medida preventiva². Claro que la probabilidad de padecer efectos adversos al exponerse a actividades preventivas es mucho menor que la de beneficiarse de la protección que procuran, pero el dilema persiste porque a quien le toque, le habrá tocado.

En nuestra sociedad, en la que predomina la cultura individualista no es muy seductor apelar a la responsabilidad social. Aunque algunas empresas desplieguen esta bandera; muchos la consideran mero eslogan publicitario. La fraternidad o la solidaridad son valores que han perdido atractivo. Lo cual es una lástima. No desde el «buenismo» que, entre paréntesis, suele ser pusilánime y acomodaticio, sino porque despreciar la faceta colectiva de los seres humanos comporta una pérdida. Mayor de lo que somos capaces de percibir y de comprender con los instrumentos lingüísticos y cognitivos de que disponemos.

Antonio Damasio nos explicaba el error de Descartes al considerar mente y cuerpo como 2 naturalezas distintas, dualismo que, independientemente de su creatividad, distorsiona nuestra comprensión de la existencia humana³, distorsión que se produce también cuando olvidamos la dimensión cultural de los humanos. Si, como propone Noble, consideráramos el yo como un proceso más que como un objeto⁴, igual que podríamos hacer con las enfermedades o la música, veríamos el entorno más que como un factor determinante, como una faceta de nuestra propia naturaleza, útil para mejor comprenderla y desde luego para intentar transformarla si fuera el caso.

La dimensión social y colectiva de las personas es tan importante como la dimensión somática o la psíquica. Un reconocimiento que hacía explícito la denostada definición adoptada por la OMS en la primera conferencia mundial de la salud. Y que otras definiciones también resaltan como la del x congreso de médicos y biólogos en lengua catalana que subraya la solidaridad como característica del modo saludable de vivir. Los humanos vivimos habitualmente en sociedad. Y, desde la creación de las ciudades, la urbanización se ha ido ampliando de modo inexorable, prueba del éxito evolutivo de nuestra dimensión colectiva.

Nos conviene, pues, desarrollar herramientas metodológicas y operativas para trabajar colectivamente. Instrumentos particularmente necesarios en los ámbitos de la prevención y de la salud pública. Que dadas las tragedias totalitarias del pasado, requieren preservar la singularidad de los individuos. Lo que nos va a llevar trabajo; porque conciliar los derechos de las personas y de las colectividades no es tarea fácil.

A las reticencias al colectivismo se suma la desconfianza que, en ocasiones, desvelan las propuestas preventivas, como ocurrió en su momento con la vacunación triple vírica

asociada indebidamente al autismo, gracias probablemente al ansia desmesurada de prestigio y a los pocos escrúpulos de algunos investigadores⁵ y que ahora se plantea frente a la vacunación antigripal, debido a la sospecha de la influencia de factores espurios en las decisiones sanitarias. La paradoja de Rose aporta una explicación verosímil de la escasa adhesión a la vacunación de los profesionales sanitarios que durante muchos años han prescrito la vacuna estacional de la gripe sin vacunarse ellos mismos. Que se vacunaron más cuando temieron la posible expansión de la gripe aviaria y que, en cambio, no solo se vacunaron menos sino que también la desaconsejaron activamente en el transcurso de la pandemia porcina. Comportamientos que sugieren que la desconfianza en las autoridades sanitarias juega un papel destacado.

Una desconfianza que a menudo se combate mediante el marketing social como recomienda la guía de servicios preventivos comunitarios⁶ pero que sin profundizar en las políticas de transparencia y de rendir cuentas podría quedar limitada a una seductora persuasión.

Para promover comportamientos socialmente responsables en estos tiempos que corren tal vez no sea bastante recuperar mayor credibilidad y debamos recurrir a argumentos como los de Foster y Grundmann⁷ a propósito de la resistencia a los antibióticos, para quienes la solución del problema requiere anteponer la sociedad al individuo, prefieren dejar sin tratamiento algunos pacientes que tratar demasiado a la mayoría. Una situación moralmente peliaguda. Todavía más cuando incluso aquellas personas que son objetivamente perjudicadas, perciben como pérdida la supresión de las intervenciones sanitarias iatrogénicas.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ*. 1981;282:1847–51.
2. Meneu R. Autonomía, beneficencia y maleficencia en los programas de prevención. A propósito de la información sobre el cribado de cáncer de mama. En: Anónimo. Maleficencia en los programas de prevención. Barcelona: Fundación Grífols; 2011. p. 51–2.
3. Damasio A. El error de Descartes. Barcelona: Destino; 2011.
4. Noble D. La Música de la Vida. Más allá del genoma humano. Ediciones Akal, S. A.: Madrid; 2008.
5. Segura A. La supuesta asociación entre la triple vírica y el rechazo a la vacunación. *Gac Sanit*. Aceptado para publicación. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.018.
6. Universally Recommended Vaccinations: Community-Based Interventions Implemented in Combination. Task Force in Community Preventive Services [consultado 12 Dic 2011]. Accesible en: www.thecommunityguide.org/vaccines/universally/community_interventions.html
7. Foster KR, Grundmann H. Do we need to put society first. The potencial for tragedy in antimicrobial resistance. *PLoS Medicine*. 2006;3:0177–180.