

SOBREDIAGNÓSTICO: cuando las buenas intenciones coinciden con los intereses creados — un ensayo de Iona Heath

[Traducido por Antonio Montaña]

La búsqueda de una vida más larga y sana ha llevado a que más personas sean etiquetados como enfermas. **Iona Heath** analiza los factores que explican esta paradoja y sostiene que tenemos que encontrar el coraje para resistir el sobrediagnóstico y, en su lugar, aceptar la inevitabilidad del envejecimiento.

Sustentados por redes de imperativos financieros e intereses en conflicto, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento se han convertido en un problema preocupante y generalizado en la medicina contemporánea y profundamente arraigado en los sistemas sanitarios de todo el mundo. Ambos han penetrado y contaminado las industrias farmacéutica y de tecnología médica, las entidades dedicadas a la investigación médica y los organismos reguladores, la práctica clínica, los sistemas de pago, la producción de guías de práctica clínica y los sistemas nacionales de atención a la salud. Uno y otro son la causa de una asombrosa cantidad de despilfarro y de daño para la salud.

El motor principal es la industria de tecnología médica, que permite a los profesionales de la salud investigar más y más minuciosamente y medir y asignar números a un número cada vez mayor de parámetros biométricos. Estos números casi siempre se distribuyen normalmente a lo largo de un continuo, uno de cuyos extremos conlleva ya un grado de anomalía lo suficientemente importante como para comenzar a correlacionarse con síntomas y sufrimiento mejorables o curables con tratamiento médico. Hasta aquí, todo bien. El problema es que una combinación tóxica de interés creados y de buenas intenciones genera una presión continuada para expandir el rango de lo que se considera anormal, desplazando el punto de demarcación dentro del territorio previamente considerado normal. Esto se ve favorecido por la creencia arraigada en viejos refranes tales como "más vale prevenir que curar" y "una puntada a tiempo ahorra nueve". Estos antiguos dichos nos impregnan a una edad tan temprana que les hemos conferido un aura casi mitológica de verdad, y hemos descuidado el imperativo popperiano de investigar la posibilidad de que sean erróneos.¹

Una epidemia sin síntomas

En la búsqueda de la verdad supuestamente autoevidente, por primera vez en la historia, hemos separado nuestra concepción de la enfermedad de la experiencia humana del sufrimiento y hemos creado una epidemia de enfermedades sin síntomas, definidas solamente por la biometría aberrante. Una proporción cada vez mayor de los recursos sanitarios se dirige

hacia la reducción de estas cifras a un estado ficticio de normalidad. En ese proceso, a los que se encuentran perfectamente bien no sólo se les asignan etiquetas que en sí mismas comprometen su salud, sino que también se les expone a tratamientos con efectos adversos significativos. Sin embargo, una y otra vez, los políticos son incapaces de resistir el atractivo fácil de la retórica preventiva; muy recientemente, el secretario de salud inglés, Jeremy Hunt, ha instado a los médicos generales a hacer más para preservar la salud de los pacientes mayores en deterioro.² Lo cual, aunque no sirva para otra cosa, sí que es útil para distraer la atención de la incapacidad del gobierno para cumplir con sus propias responsabilidades respecto a la protección de la salud a través de medidas fiscales y legislativas,³ como la promoción de una mayor equidad socioeconómica, el apoyo a las familias vulnerables, y políticas tales como la fijación de precios mínimos para el alcohol y el empaquetado de cigarrillos sin marca.*

Expandir la gama de lo que se considera anormal amplía claramente los mercados para las intervenciones farmacéuticas y de otro tipo, y por lo tanto las posibilidades de maximización del beneficio comercial. También genera el fenómeno Will Rogers, aplicado por primera vez a la medicina por Alvan Feinstein y colegas en 1985.⁴ Tal fenómeno se produce cuando el intervalo de una categoría diagnóstica se expande. A medida que más y más personas, consideradas normales con anterioridad, se incluyen dentro de la definición de, por ejemplo, la hipertensión, la diabetes o el cáncer de mama, los resultados mejoran: las tasas de accidentes cerebrovasculares hipertensivos o la amputación de pies diabéticos o la mortalidad por cáncer de mama parecen disminuir. De esta manera, ampliando las definiciones de enfermedad y reduciendo los umbrales para las intervenciones preventivas se crea la ilusión de la mejora de la salud de la población, cuando en realidad no hay diferencia alguna en los resultados para los individuos afectados. Los médicos, los responsables de las políticas de salud, y los

políticos han descubierto que es difícil resistirse a estas ilusiones seductoras de progreso.

El envejecimiento es inevitable

La conferencia sobre prevención del sobrediagnóstico,⁵ celebrada en septiembre pasado en el Instituto Dartmouth para la Política de Salud y la Práctica Clínica en los EEUU, ha significado la tentativa más reciente de trazar un límite en la arena y promover una mayor conciencia pública y el debate sobre lo que se está convirtiendo en una situación insostenible, y sobre lo que puede hacerse y se hará al respecto.

Las respuestas serán impulsadas necesariamente por la ética y la política, porque ambas son las únicas defensas reales que la humanidad ha tenido desde siempre para enfrentarse al abuso del poder y del dinero sobre los débiles y vulnerables. La medicina, como disciplina, se ha confabulado con el proyecto social más amplio de la búsqueda de soluciones técnicas a los problemas existenciales que plantea la finitud de la vida y la inevitabilidad del envejecimiento, el menoscabo, y la muerte, y, como insiste el escritor sueco Sven Lindqvist: "No es conocimiento lo que nos falta. Lo que nos falta es el coraje suficiente para entender lo que conocemos y sacar conclusiones."⁶

Las únicas soluciones a estos desafíos existenciales profundos han de encontrarse en el coraje, la reciedumbre y la aceptación de los límites de la vida. Las soluciones han de buscarse en pensar de forma diferente y más profundamente.

Esta es una historia de codicia insostenible a todos los niveles: la codicia de los que viven en los países más ricos del mundo por lograr una longevidad aún mayor y, más particularmente, la codicia que impulsa los imperativos comerciales de la industria farmacéutica y de tecnología médica.

De acuerdo con el Atlas de Gastos Globales en Salud en 2012 de la Organización Mundial de la Salud los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) consumen más del 80 % de los recursos sanitarios del mundo; por contra sufren menos del 10 % de la discapacidad ajustada por años de vida.⁷ Esto es insostenible tanto en términos de justicia global como de la capacidad del mundo. El

* N. del T.: se refiere a la fijación de precios mínimos lo suficientemente altos como para dificultar su adquisición.

problema es que, mientras que los países de la OCDE llevan la delantera, el resto del mundo intenta seguirlos. O se ve forzado seguirlos.

La ética y la política

El sobrediagnóstico y el sobretratamiento tienen al menos cuatro implicaciones éticas graves. La primera es la magnitud de los daños causados a los individuos al ser etiquetados como en riesgo o como enfermos basándose exclusivamente en números u otras investigaciones aberrantes y el consiguiente miedo innecesario que esto puede engendrar, lo que en sí mismo puede minar la salud y el bienestar. La segunda se deriva de la relación directa entre sobretratamiento y tratamiento insuficiente, porque cada vez que se amplía el diagnóstico, la atención y los recursos se redirigen inevitablemente y se distraen de los más severamente afectados. La tercera tiene que ver con el potencial del sobrediagnóstico y del sobretratamiento para hacer inviables los sistemas de salud basados en la solidaridad social debido a los costes crecientes involucrados. La cuarta es la forma en que la actividad biotecnológica margina y oscurece las causas socioeconómicas de la mala salud.

¿Y qué decir de la política? Ya en 1964, el político teórico germano americano, Herbert Marcuse escribió: " 'Totalitaria' no es sólo una coordinación política terrorista de la sociedad, sino también una coordinación técnico-económica no terrorista que opera a través de la manipulación de las necesidades por los intereses creados."⁸

En esto es en lo que grandes parcelas de nuestros sistemas de salud se han convertido: una coordinación técnico-económica no terrorista que opera a través de la manipulación de las necesidades por intereses creados. Es una descripción perfecta, y los temores de los políticos, los profesionales y el público, y el ansia humana permanente de un futuro previsible, están transformándonos a todos en cooperadores bien dispuestos.

En 1949, el crítico norteamericano Lionel Trilling, revisando la obra de George Orwell *1984*, escribió: "Él [George Orwell] está diciendo, en efecto, algo no de menos calado que esto: que Rusia, con su revolución social idealista ahora convertida en un estado policial, no es sino la imagen de un futuro inminente y que la última amenaza a la libertad humana bien puede provenir de una evolución similar e incluso más masiva del idealismo social de nuestra cultura democrática."⁹

Podría decirse que el actual dominio de la tecnología médica es tan sólo una manifestación del idealismo social. La guerra es la paz; la ignorancia es la fuerza; la libertad es la esclavitud –y ahora tenemos el último ejemplo del doble lenguaje orwelliano– la salud es la enfermedad[†].

Trilling continúa: "El punto esencial de *Mil Novecientos Ochenta y Cuatro* es justo éste, el peligro del poder supremo y absoluto que la

mente puede desarrollar cuando se libera de los condicionantes, de la sujeción a las cosas y a la historia."

Los tipos de medición en que se basan los imperativos de de la medicina contemporánea –la presión sanguínea, el colesterol sérico, la densidad ósea, la puntuación de la depresión en el cuestionario PHQ9, el índice de masa corporal, la tasa estimada de filtración glomerular, por mencionar sólo algunas– se consideran todos universalmente aplicables sean cuales sean las circunstancias de la vida concreta a la que se aplican. Son las palabras de Trilling "liberados de condicionantes" y por lo tanto peligrosos.

El menoscabo del individuo

Este tipo de medicina utilitaria que trata a cada individuo como idéntico a los demás puede erosionar fácilmente la talla y la autonomía de los pacientes. Hace más de 20 años, David Metcalfe advirtió a los médicos generales en el Reino Unido: "La definición de la salud de la OMS como 'un completo bienestar físico, social y psicológico', dice algo que debemos reconocer: se refiere al potencial vital de una persona, lo cual es una cuestión de autonomía y de 'espacio personal', de disponer del margen suficiente para la toma de decisiones. De esto es de lo que se ocupa la medicina general porque nuestros objetivos profesionales van más allá del diagnóstico y del tratamiento de la enfermedad; de aquí que, en cada caso particular, hemos de estar alertas para que la exuberancia diagnóstica o terapéutica no nos ciegue a la necesidad de espacio personal de nuestros pacientes y de que se respete su talla humana."¹⁰

¡Cuánto más importante es esta advertencia hoy! Estamos desarrollando una cultura de la conformidad que con la boca finge servir a la autonomía y a la elección, pero en la cual el individuo sólo es realmente libre para tomar la decisión que aprueba el estado. Se supone que una vez que se indica cual es la "opción sana"¹¹, todo el mundo la seleccionará y no se tienen en cuenta las circunstancias y aspiraciones en la vida, tan diversas, de las personas.

Se ha vuelto difícil cuestionar los medios porque el fin de curar y prevenir la enfermedad aparece tan obviamente valioso. Sin embargo, los medios no son menos perjudiciales por el hecho de que sean tan unidimensionales y porque propaguen una visión intensamente normativa de lo que significa estar sano e incluso de lo que debería ser la vida humana.

Todos necesitamos redescubrir urgentemente "un agudo sentido del despilfarro como una cuestión moral y política" según la expresión utilizada por el escritor Geoff Dyer.¹² Demasiado de lo que los profesionales de la salud hacen y los sistemas de salud proporcionan es un derroche, inútil y perjudicial.

El gran pensador americano William James afirmó que "la duda y la esperanza son hermanas."¹³ En la duda se encuentra toda nuestra esperanza, porque si no estamos dispuestos a poner en duda la veracidad de las explicaciones existentes, no buscaremos otras aún mejores que podrían brindarnos esperanza. Recordemos al filósofo danés Kierkegaard: "Es muy cierto lo que dice la filosofía; que la vida debe ser comprendida hacia atrás. Pero entonces uno

se olvida del otro principio: que debe ser vivida hacia adelante".¹⁴

La vida se vive hacia adelante pero se comprende hacia atrás de modo que estamos obligados a actuar antes de comprender. A los médicos se le enseña y ellos aprenden a esperar beneficios de sus intervenciones. Pero buena parte de la relaciones causa-efecto siguen siendo escasamente conocidas,¹⁵ y tal vez tenemos que ser mucho más rigurosos respecto a nuestras expectativas sobre daños previsible, y enseñar a nuestros estudiantes a considerar siempre la posibilidad de producir daños además de beneficios.

Gran parte de lo que hoy consideramos como práctica estándar, e incluso excelente, eventualmente será consignada a lo que el novelista Amitav Ghosh describe como "vasto cementerio de especulaciones desacreditadas de la medicina."¹⁶ ¡Es tan fácil ver los errores de las generaciones previas, y tan difícil ver los de la propia!

En un mundo en el que ha llegado a ser aceptable el tratamiento de los factores de riesgo, por muy débiles que sean, como si se tratara de auténticas enfermedades, tenemos que aprender a resistir el sobrediagnóstico. Quizás uno de los mejores lugares para comenzar es recordar las palabras que James McCormick escribió en *The Lancet* hace casi 20 años: "La promoción de la salud [...] está muy lejos de cumplir con los imperativos éticos que se exigen a los procedimientos de cribado y, más aún, mengua la salud y dilapida los recursos. Los médicos de cabecera harían mejor en animar a la gente a llevar una vida de hedonismo modificado, de tal manera que puedan disfrutar, en plenitud, la única vida que es posible que tengan."¹⁷

Nadie lo escuchó entonces –asegurémonos de que lo escuchamos ahora.

Iona Heath, médica general retirada, London, UK
iona.heath22@yahoo.co.uk

Conflictos de interés: ninguno relevante que declarar.

Esta es una versión editada de una disertación que la autora dirigió a los participantes en la conferencia sobre prevención del sobrediagnóstico celebrada en Dartmouth en septiembre pasado.

Procedencia y revisión por pares: encargado; no revisado externamente por pares.

† N. del T.: En la novela *1984* la "Neolengua" consiste en cambiar el sentido de las palabras de forma que siempre sirvan a la ideología del Partido (INGSOC); de otra forma se incurre en un "crimen de pensamiento" ("crimental": crimen consistente en tener una idea contraria al régimen).

Bibliografía

1. Popper K. *Conjectures and refutations* (1963). Routledge Classics, 2002.
2. Campbell D. GPs must be proactive with older patients, says Jeremy Hunt. *Guardian* 2013 Sep 7. www.theguardian.com/society/2013/sep/07/gps-proactive-older-patients-jeremy-hunt
3. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;1:CD001561.
4. Feinstein AR, Sosin DM, Wells CK. The Will Rogers phenomenon. Stage migration and new diagnostic techniques as a source of misleading statistics for survival in cancer. *N Engl J Med* 1985;312:1604-8.
5. Preventing overdiagnosis. www.preventingoverdiagnosis.net
6. Lindqvist S. *Exterminate all the brutes*. Granta Books, 1997.
7. WHO. Global health expenditure atlas. www.who.int/nha/atlas.pdf
8. Marcuse H. *One dimensional man: studies in the ideology of advanced industrial society*. Routledge and Kegan Paul, 1964.
9. Trilling L. Orwell on the future. (1949) In: Hynes S, ed. *Twentieth century interpretations of 1984*. Prentice-Hall, 1971.
10. Metcalfe D. The crucible. *J R Coll Gen Pract* 1986;36:349-54.
11. Allmark P. Choosing health and the inner citadel. *J Med Ethics* 2006;32:3-6.
12. Dyer G. *The missing of the Somme*. Hamish Hamilton, 1994.
13. James W. *The will to believe and other essays in popular philosophy*. 1897.
14. Kierkegaard S. *Journals*, IV A 164. 1843.
15. Howick J, Glasziou P, Aronson JK. Problems with using mechanisms to solve the problem of extrapolation. *Theor Med Bioeth* 2013;34:275-91.
16. Ghosh A. *The Calcutta chromosome*. Ravi Dayal, 1996.
17. McCormick J. Health promotion: the ethical dimension. *Lancet* 1994;344:390-1.

Citar como: **BMJ 2013;347:f6361**

© BMJ Publishing Group Ltd 2013