

El precio de las falsas creencias: Expectativas no realistas como un contribuidor a la crisis de la atención a la salud.

Woolf SH. The price of false beliefs: unrealistic expectations as a contributor to the health care crisis. *Ann Fam Med.* 2012 Nov;10(6):491-4.

El alarmante aumento de los costes de atención de salud persigue a nuestra sociedad. Estados Unidos gasta actualmente 2,6 mil millones de dólares por año en atención médica (1), y los crecientes costes suponen cargas insostenibles para los empleadores y los trabajadores, Medicare y Medicaid, los gobiernos estatales y locales, y las familias estadounidenses. Una proporción cada vez mayor de estadounidenses están renunciando a la atención de salud para pagar otras necesidades del hogar o para evitar la bancarrota (2). Históricamente se han propuesto varias estrategias para frenar la inflación de los costes médicos, como incentivar a los médicos por disuadir para procedimientos costosos, centros de “atención responsable”, centros de atención médica centrada en el paciente, así como reformas por mala práctica. La evidencia de que alguna de estas ideas mejore el ascenso de los costes sigue siendo limitada.

Una estrategia más básica para reducir la demanda de servicios de salud, a la que no se presta atención, es hacer frente a las creencias poco realistas acerca de sus beneficios. Los gastos de atención de salud, en última instancia, comienzan con la decisión de utilizar el servicio, una decisión que puede descansar en falsas expectativas entre los pacientes, los médicos, o ambos. Eliminando la necesidad del servicio mediante la corrección de tales percepciones erróneas es una manera potencialmente más eficaz para reducir los costes que lo que puedan lograr muchas de las actuales reformas. Los incentivos financieros son importantes, pero son débiles cuando se enfrentan a las creencias fundamentales. Si los pacientes y los médicos sostienen ampliamente que un procedimiento salva vidas y es inofensivo, es poco probable que cualquier reforma reduzca la demanda hasta que esas falsas ideas se aborden.

Los estudios sugieren que los pacientes, los médicos y la sociedad a menudo tienen expectativas poco realistas acerca de la efectividad de las pruebas y tratamientos. Dos artículos de esta publicación se añaden a esta literatura. En Nueva Zelanda, Hudson et al (3) encuestaron a 977 pacientes de atención primaria y encontraron que más del 90% de los participantes sobreestimaban los beneficios del screening del cáncer de mama y de próstata así como el beneficio de los medicamentos preventivos de fractura de cadera y de enfermedad cardiovascular. Los entrevistados creían que el beneficio que proporciona el screening es mayor al real. La encuesta contó con una muestra de tamaño modesto y la baja tasa de respuesta (36%) y sus resultados pueden no ser plenamente aplicables a otros países, pero los estudios estadounidenses han informado de un problema similar. Por ejemplo, una variedad de estudios documenta el deseo de los americanos por procedimientos de dudosa eficacia y su sobreestimación de los beneficios (4,5). Muchos estadounidenses subestiman la probabilidad de daños y están dispuestos a recibir los resultados falsos positivos y las biopsias innecesarias por la oportunidad de detectar cáncer (6,7). La complacencia del público sobre la seguridad de la atención de salud sólo se agita de vez en cuando, como cuando una tragedia visible o las revelaciones de fechorías de la industria llaman la atención sobre peligros concretos.

Los médicos no son inmunes a falsas creencias sobre la eficacia clínica o tasas de complicaciones (8). La corrección de tales errores de percepción ha sido siempre la intención del movimiento de medicina basada en la evidencia, con su divulgación de revisiones de evidencia sistemáticas, guías de práctica y otras herramientas que presentan los hechos en beneficios, daños añadidos e incertidumbres científicas. No obstante, incluso estas herramientas pueden reflejar y difundir las ideas erróneas de quienes las producen. Los especialistas que atienden a grupos de expertos obtienen gran parte de sus conocimientos de los casos clínicos de pacientes con enfermedad avanzada que atienden en sus clínicas. Después de haber visto lo peor de lo peor, son menos comprensivos con las expresiones de preocupación sobre los daños potenciales de las intervenciones o las imperfecciones en los estudios de eficacia (9). Mientras que los

epidemiólogos consideran la población como denominador y ponen el numerador en perspectiva, el mundo de los especialistas se limita al numerador, incurriendo en una forma sesgada de juzgar la prevalencia poblacional de enfermedades o relaciones de riesgo-beneficio. Por si esto no fuera suficiente, los científicos más prominentes que suelen formar parte de grupos de orientación añaden sesgos adicionales, como ser los autores de los estudios clínicos clave o tener vínculos financieros con la industria (10).

Los paneles de orientación compuestos por generalistas tienden a producir recomendaciones que son más conservadoras que los dominados por los expertos (11,12), en parte porque son elegidos por sus habilidades en lectura crítica y porque tienen poco que ganar con las recomendaciones. En un ensayo en esta publicación, Hoffman et al citan este fenómeno para explicar por qué los paneles orientativos dominados por especialistas en cáncer recomiendan iniciar el screening de cáncer de próstata a la edad de 40 años, pese a la evidencia de que el beneficio a lo largo de toda la vida es de evitar 1 muerte por cada 1000 hombres (13). Incluso las Guías albergan expectativas poco realistas de eficacia.

Una solución aparentemente sencilla es proporcionar a los pacientes y a los clínicos datos más realistas, que es el motivo que está detrás de las herramientas de apoyo a para las ayudar a los médicos y pacientes en decisiones basadas en la evidencia. Están en marcha grandes iniciativas de investigación de efectividad comparativa con la intención de reunir esos datos para los pacientes (14), y hay investigaciones en la ciencia de la comunicación de riesgos y toma decisiones que están buscando los mejores formatos para explicar los posibles resultados y la incertidumbre científica (15). La tecnología de la información y la infografía están ayudando a abordar los problemas con el alfabetismo (destreza) numérico y especialmente el relacionado con la salud.

Estos esfuerzos importantes pueden ayudar en la medida en que las personas toman decisiones a través del acto cognitivo de sopesar los beneficios, los riesgos y la incertidumbre científica. En la vida real, las decisiones están determinadas por las influencias afectivas: las creencias y los temores, la vulnerabilidad, la fe y la confianza; antiguas rutinas, experiencias personales, los mensajes transmitidos por la publicidad y los medios de comunicación, el asesoramiento, los testimonios y el conocimiento transmitido por fuentes de confianza. Los modelos explicativos de los pacientes sobre la enfermedad pueden entrar en conflicto con los datos científicos, pero representan una forma de “evidencia” que hay que respetar. Las tablas de datos y los gráficos de barras ejercen una influencia marginal si ignoran este contexto más amplio.

Si la gente está muy convencida de que una prueba de detección o un medicamento son beneficiosos, confrontar esas creencias puede, si acaso, generar sospechas acerca de la propia veracidad de la información y de sus motivos. Tanto si el mensajero es un médico, un plan de salud o un grupo de trabajo gubernamental, los intentos de establecer expectativas más realistas sobre los beneficios, riesgos y validez científica, a menudo se toman como insensibilidad ante el sufrimiento, discriminación, pretexto para la reducción de costes, recorte en la atención a la salud o amenaza a la autonomía personal. En el actual entorno de los medios de comunicación, la política narrativa alimenta las ideas y permite la difusión viral de caracterizaciones distorsionadas por los sitios web, programas de entrevistas, blogs y redes sociales. La nuestra es una época de debates en los cuales los hechos son barridos por las agendas políticas y los temas de conversación. Se trata de un entorno cada vez más difícil para que el público estadounidense reciba y absorba la información científica desde organismos acreditados sin distorsiones.

Las expectativas poco realistas, por consiguiente, persisten y sobreviven no sólo en la desinformación, sino también por servir a otros propósitos. Por ejemplo, las falsas creencias satisfacen las necesidades psicológicas de los pacientes para la esperanza y la seguridad, así como para la acción, la agencia y la sensación de control. Estas permiten a los médicos sentir que están haciendo mejoras; incluso los médicos con mejores conocimientos piden pruebas innecesarias para complacer a sus pacientes (16). Las falsas expectativas alimentan un mercado

de productos, industrias y sistemas de prestación de salud y pueden ser fomentadas por la publicidad engañosa. Hacer frente a esas expectativas puede no sólo defraudar las esperanzas, sino potencialmente amenazar a ganancias, accionistas, prácticas clínicas, industrias, leyes y carreras políticas.

Sin embargo, hay buenas noticias en el horizonte que apuntan a un cambio en las actitudes sociales. Cada vez más, la utilización excesiva de los servicios médicos, el sobrediagnóstico y el derroche en pruebas de detección están siendo cubiertas por los principales periódicos y revistas (17-20) y son el tema de los libros en la prensa popular (21,22). La Sociedad Americana del Cáncer ha adoptado métodos más rigurosos para el desarrollo de guías para el screening, y en medios de comunicación su director médico ha discutido abiertamente las limitaciones del screening (23,24). Aunque las recomendaciones del US Preventive Services Task Force sobre la edad de inicio de la mamografía provocaron una infame indignación en 2009, las recomendaciones del mismo grupo en contra del screening del antígeno específico prostático (PSA) tuvieron críticas más suaves en 2011, y su recomendación de 2012 para retrasar la edad de inicio y reducir la frecuencia de detección de cáncer de cuello uterino (publicado por primera vez por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) no provocó ninguna tempestad (25).

Igualmente alentadora es la Campaña Choosing Wisely (Elegir Sabiamente), organizada por la Junta de la Fundación Americana de Medicina Interna (26). En abril de 2012, nueve sociedades de especialidades médicas (desde atención primaria a la oncología y la cardiología nuclear) publicaron cada una de ellas una lista de cinco pruebas o procedimientos que sus especialistas utilizan comúnmente y “cuya necesidad debe ser cuestionada y discutida” (27). Consumer Reports y otras 11 organizaciones están ayudando a estos grupos médicos a transmitir estos mensajes a grandes audiencias usando un lenguaje amigable para el consumidor (28). Por ejemplo, el material de una marca de los antibióticos para la sinusitis, utiliza encabezamientos como: “los medicamentos habitualmente no ayudan”, “pueden plantear riesgos”, y “por lo general son una pérdida de dinero” (29). La medicina organizada parece abrazar este movimiento: la página web de la fundación ahora enumera 25 sociedades especializadas que se han unido a la iniciativa y dará a conocer sus propias listas de procedimientos cuestionables a finales de 2012 o 2013.

El tiempo dirá si estos esfuerzos tienen éxito y si la profesión médica va a emerger como el agente del cambio que lleva expectativas más realistas para el cuidado del paciente. Independientemente de si los médicos u otras partes interesadas en última instancia toman la iniciativa, el poder de esta estrategia no debe ser pasado por alto por el gobierno, empresas u otras personas que buscan urgentemente soluciones a la crisis del cuidado de la salud. La mejor manera de reducir los gastos innecesarios es convencer al comprador que el producto no vale la pena comprarlo. Se trata de un argumento económico directo, pero también puede salvar vidas.

Referencias

1. Martin AB, Lassman D, Washington B, Catlin A; National Health Expenditure Accounts Team. Growth in US health spending remained slow in 2010; health share of gross domestic product was unchanged from 2009. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(1):208–219.
2. Cohen RA, Gindi RM, Kirzinger WK. Burden of medical care cost: early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–June 2011. National Center for Health Statistics. <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/releases.htm>. Accessed Jun 4, 2012.
3. Hudson B, Zarifeh A, Young L, Wells JE. Patients' expectations of screening and preventive treatments. *Ann Fam Med*. 2012;10(6):495–502.
4. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol*. 2003;32(5):816–821.
5. Herndon MB, Schwartz LM, Woloshin S, et al. Older patients' perceptions of “unnecessary” tests and referrals: a national survey of Medicare beneficiaries. *J Gen Intern Med*. 2008;23(10):1547–1554. Epub 2008 Jul 1.

6. Schwartz LM, Woloshin S, Sox HC, Fischhoff B, Welch HG. US women's attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey. *BMJ*. 2000;320(7250):1635–1640.
7. Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*. 2004;291(1):71–78.
8. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med*. 2012;156(5):340–349.
9. Eccles MP, Grimshaw JM, Shekelle P, Schünemann HJ, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implement Sci*. 2012 Jul 4;7(1):60. [Epub ahead of print].
10. Institute of Medicine. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
11. Kahan JP, Park RE, Leape LL, et al. Variations by specialty in physician ratings of the appropriateness and necessity of indications for procedures. *Med Care*. 1996;34(6):512–523.
12. Hutchings A, Raine R. A systematic review of factors affecting the judgments produced by formal consensus development methods in health care. *J Health Serv Res Policy*. 2006;11(3):172–179.
13. Hoffman RM, Barry MJ, Roberts RG, Sox HC. Reconciling primary care and specialist perspectives on prostate cancer screening. *AnnFam Med*. 2012;10(6):568–571.
14. Selby JV, Beal AC, Frank L. The Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) national priorities for research and initial research agenda. *JAMA*. 2012;307(15):1583–1584.
15. Woloshin S, Schwartz LM. Communicating data about the benefits and harms of treatment: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):87–96. 16.
16. Campbell EG, Regan S, Gruen RL, et al. Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Ann Intern Med*. 2007;147(11):795–802.
17. Jain M. “Are we relying too much on cancer screening?” *Washington Post*. November 1, 2011:E5.
18. Rosenthal E. “Let's (not) get physicals.” *New York Times Sunday Review*. June 2, 2012.
19. “False promises on ovarian cancer” (editorial). *New York Times*, September 11, 2012.
20. The business of healing hearts: cardiac care is a money-making machine that too often favors profit over science. *Consum Rep*. 2011;76(9):26–36.
21. Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*. New York, NY: Bloomsbury; 2007.
22. Brawley OW, Goldberg P. *How We Do Harm: A Doctor Breaks Ranks About Being Sick in America*. New York, NY: St. Martin's Press; 2012.
23. Brawley O, Byers T, Chen A, et al. New American Cancer Society process for creating trustworthy cancer screening guidelines. *JAMA*. 2011;306(22):2495–2499.
24. Brawley OW. Prostate cancer screening may do more harm than good. *CNN*. <http://www.cnn.com/2011/11/01/opinion/brawleyprostate-cancer-screening/index.html>. Accessed Dec 27, 2011.
25. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin no. 109: Cervical cytology screening. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1409–1420.
26. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA*. 2012;307(17):1801–1802.
27. Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform— the top five list. *N Engl J Med*. 2010;362(4):283–285.
28. When to say 'Whoa!' to doctors: a guide to common tests and treatments you probably don't need. *Consumer Reports Health*, 2012. <http://consumerhealthchoices.org/wpcontent/uploads/2012/05/ChoosingWiselyWhoaPkg.pdf>. Accessed Sep 16, 2012.
29. Treating sinusitis: don't rush to antibiotics. *Consumer Reports Health*, 2012. <http://consumerhealthchoices.org/wp-content/uploads/2012/04/ChoosingWiselySinusitisAAFP.pdf>. Accessed Sep 16, 2012.

Conflictos de intereses del autor: Ninguno informado.