

La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria

Isabel del Cura* y Alberto López García-Franco**

“cuándo estoy enfermo quiero ser atendido por doctores que duden cada día del valor y la sensatez de lo que hacen”¹

Richard Smith

En los últimos años se viene produciendo un fenómeno cuyo punto final conduce a un “etiquetado” injustificado de personas sanas como enfermas y a la sobreutilización de pruebas diagnósticas y tratamientos no adecuados. Este proceso que viene denominándose “medicalización” tiene tres aspectos básicos: uno, referir como enfermedad cualquier situación de la vida que comporte limitación, dolor, pena, insatisfacción o frustración (lo que podríamos definir como enfermedades inventadas); otra, la equiparación de factor de riesgo con enfermedad; y por último, la ampliación de los márgenes de enfermedades (que sí lo son) aumentando así su prevalencia. Todo ello origina intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas de dudosa eficacia y eficiencia.

Se trata de un proceso complejo en el que intervienen factores económicos, políticos, sociales y culturales y en el que están implicados desde el modelo de atención de salud y sus profesionales, que ofertan una serie de servicios, hasta los potenciales pacientes; esto es, la población en su conjunto, que los demanda; pero también otros agentes sociales como los representados por la industria farmacéutica, los medios de comunicación o la administración. Todo ello con el telón de fondo de una sociedad de consumo cuyo individualismo ignora el sufrimiento y hace del éxito, la belleza, la “salud” o la felicidad algunos de sus valores más preciados.

Las críticas a la medicalización, que forman parte del debate sanitario desde al menos los años sesenta y setenta del siglo XX, tienen orígenes diversos entre los que podemos destacar aquellos ámbitos sanitarios poco satisfechos con su vinculación histórica al control social, como la Psiquiatría o la Salud Pública, pero también desde disciplinas no sanitarias como la sociología o la antropología que han puesto el acento en los procesos de etiquetado (social) y estigmatización o acuñado categorías como el *victim blaming*, aplicados a los pacientes². Un discurso crítico, a veces confuso, que llegó a tener visiones e interpretaciones muy distintas y contradictorias. Así, por ejemplo, el discurso “desmedicalizador” que Ivan Illich defendió en su célebre *Némesis Médica* (1975), fue muy criticado desde ámbitos sociosanitarios diversos por considerar que más que una crítica sobre la medicalización en sí misma, se hacía una defensa del individualismo capitalista, pretendiendo una proscripción de la tecnología médica y una “medicina simplificada” que, en buena medida, más tenía que ver con el ahorro de recursos sanitarios que con una mayor racionalidad del funcionamiento del sistema de salud. De hecho los planteamientos de Illich fueron utilizados años más tarde por gobiernos conservadores para justificar la disminución de la intervención estatal en materia de salud^{3,4}.

En cualquier caso, es evidente que las características de los procesos de medicalización, tan vinculados a factores sociales y culturales, deben entenderse también en el marco de un sistema de salud concreto y del grado de desarrollo del mismo.

El proyecto AP21: Marco estratégico para la

* Médico de Familia. CS Mendiguchia. Area 9. Servicio Madrileño de Salud. Profesora asociada Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento Ciencias de la Salud I. Universidad Rey Juan Carlos.

** Médico de Familia. Director Técnico Gerencia de Atención Primaria Area 9. Servicio Madrileño de Salud.

mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012, en el que se hace un análisis de la situación actual de la atención primaria dentro de nuestro sistema sanitario, tras afirmar que "disponemos de una atención primaria de salud que está considerada como ejemplo a seguir por muchos países del mundo", llama la atención sobre algunas variables que suponen un importante desafío para su buen desarrollo. Entre estas variables destaca el aumento de las cargas de trabajo en los últimos años debido a razones demográficas como son el envejecimiento e incremento de la población, pero también "la tendencia a medicalizar la sociedad", lo que, entre otros factores, ha generado un notable aumento de la frecuentación en las consultas de atención primaria, no siempre acompañada de la necesaria y ágil respuesta en lo que a recursos y adaptación organizativa se refiere"⁵.

Las "no enfermedades"

La distancia entre la definición normativa de salud y su percepción por parte de los individuos o las colectividades, aumenta con el desarrollo socioeconómico. Así, a mayor oferta de servicios sanitarios, mayor es la percepción de necesidades y enfermedades por parte de la población. Pero además, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura consumista que ha terminado por incluir a la salud y la medicina. Instalándose en las sociedades más desarrolladas la creencia de que la medicina va a poder solucionar cualquier problema (ya sea vital o social). El hecho de que la innovación tecnológica nos permitirá vivir más y mejor, ligado a la idea de "la salud no tiene precio", favorece el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes inevitables de la vida⁷.

En el año 2002 el prestigioso *British Medical Journal* dedicó un excelente número monográfico al tema de la medicalización con el objetivo explícito de "atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades

los problemas de la gente"⁸. En él se publica los resultados de una votación sobre cuáles son en nuestro entorno las principales "no-enfermedades", aquellos procesos cuya inclusión en el campo de actuación de la medicina resulta menos obvia. (tabla 1)⁹.

A mayor oferta de servicios sanitarios, mayor es la percepción de necesidades y enfermedades por parte de la población.

Top 20 de no-enfermedades en orden descendente de "no-enfermedad" (votación lectores BMJ)

1.	Envejecimiento
2.	Trabajo
3.	Aburrimiento
4.	Bolsas en los ojos
5.	Ignorancia
6.	Calvicie
7.	Pecas
8.	Orejas grandes
9.	Canas, pelo gris
10.	Fealdad
11.	Parto
12.	Alergia al siglo XXI
13.	Jet lag
14.	Infelicidad
15.	Celulitis
16.	Resaca
17.	Ansiedad por el tamaño del pene
18.	Embarazo
19.	Cabreo al volante
20.	Soledad

La medicalización se ha extendido a múltiples ámbitos de la vida. Basta observar las respuestas de los lectores del BMJ a la pregunta de qué consideran "no-enfermedades". Estas respuestas no se diferencian mucho de algunos de los "nuevos motivos de consulta" en atención primaria: las disputas familiares, los problemas estéticos, la negativa a envejecer, los conflictos laborales, la soledad, la astenia y las post-vacaciones entre otros. Ni tampoco de los síntomas de siempre que, sobredimensionados, han pasado a adquirir la categoría de enfermedad como la andropausia, la menopausia, la timidez o la fobia social. Sobreabundan cuestiones que no pueden y en otros casos no deben encontrar su respuesta en el sistema sanitario.

Puesto que la vida es una enfermedad universal de transmisión sexual y mortal de necesidad, vivirla con plenitud requiere un equilibrio entre el riesgo razonable y el no razonable.

Prevenir mejor que curar

Aunque con las actuales cargas de trabajo, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades van perdiendo protagonismo frente a la actividad asistencial, no cabe duda de que son señas de identidad de la atención primaria. Se han realizado grandes avances en la prevención de muchas enfermedades y periódicamente, según la evidencia científica disponible, se formulan recomendaciones en el terreno de la prevención tanto sobre las actividades a realizar como sobre las que no tienen justificación alguna para hacerse e incluso las que deben ser rechazadas.

Pero este importante avance en la prevención ha venido a reforzar la vieja máxima de que “prevenir es siempre mejor que curar” y hemos pasado a vivir en la “cultura del riesgo”. El riesgo epidemiológico, la simple asociación estadística entre un factor de riesgo y una enfermedad, se convierte en *cuasi* enfermedad, o en causa necesaria y suficiente de la misma. En muchos casos se confunde asociación con causalidad. Es más, se puede decir que el riesgo ha pasado a ser considerado una enfermedad prevalente.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la prevención puede provocar iatrogenia, tanto por las actividades diagnósticas como por la instauración de tratamientos. Este entorno excesivamente intervencionista ha llevado a acuñar términos como la *prevención cuaternaria*, entendida como “las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables”¹⁰.

Como señala Peter Skrabanek, “puesto que la vida es una enfermedad universal de transmisión sexual y mortal de necesidad, vivirla con plenitud requiere un equilibrio entre el riesgo razonable y el no razonable”^{11,12}.

La menopausia y la osteoporosis son buenos

ejemplos de esta situación. Son muchas las mujeres menopausicas que acuden a nuestras consultas solicitando densitometrías y tratamientos para lo que desde algunos ámbitos de la medicina se ha definido como una “endocrinopatía por déficit hormonal”. Tras este etiquetado de enfermedad se ha generado la consecuencia inmediata de la necesidad de tratar y, teniendo en cuenta que la menopausia es un evento seguro en la vida de las mujeres, la conclusión que emerge es: “Se debe tratar a todas las mujeres”. Se ha generado en las mujeres la necesidad de que alguien les controle médicamente y de forma periódica durante más de un tercio de su vida simplemente porque los ovarios han finalizado su labor reproductiva pero aún es más fuerte la necesidad creada ¿y ahora que tengo que empezar a tomar?

La medicalización de la menopausia y de la osteoporosis ya ha sido denunciada por algunas de las principales revistas médicas. Moynihan *et al* denunciaban en el BMJ como “Las compañías farmacéuticas han patrocinado reuniones en las que se definía la osteoporosis, financiado estudios sobre los tratamientos y desarrollado importantes vínculos económicos con destacados investigadores. Han creado y pagado a grupos de pacientes, fundaciones sobre la osteoporosis, campañas de publicidad dirigidas a los médicos (tanto sobre los fármacos como sobre la enfermedad) y lucrativos premios de periodismo sobre la osteoporosis”¹³.

Algo hemos aprendido en estos años sobre los riesgos de poner en marcha actividades preventivas de las que se esperan excelentes resultados y en las que con el tiempo –esa variable mágica para la epidemiología– lo que parecía la panacea resultó no serlo. El varapalo científico que recibió la terapia hormonal sustitutiva en 2002 significó una seria advertencia sobre los riesgos del uso masivo y prolongado de fármacos para los efectos de la menopausia. Las hormonas cayeron en desgracia y esto ha dado paso a un boom comercial de los complementos de

soja como nuevo remedio universal de la menopausia, junto con un auge de los fármacos para la osteoporosis. El tratamiento masivo de los huesos frágiles está en debate mientras crecen las ventas de fármacos para prevenir fracturas ensalzando sus potenciales beneficios y minimizando sus efectos secundarios que en muchos casos neutralizan claramente sus indicaciones. De nuevo surgen voces que alertan sobre esta situación denunciando cómo el clamor mediático, potenciado por el lucrativo mercado del medicamento, anima a las mujeres que inician su menopausia, hacia los 50 años y con un mínimo riesgo de fractura a medio plazo, a realizarse pruebas y a someterse a tratamientos, a menudo injustificados, prolongados y con efectos secundarios inciertos a largo plazo¹⁴.

Para muchos, sobran razones comerciales y faltan razones científicas en el enfoque de la osteoporosis, uno de los problemas de salud que generan mayor gasto sanitario. Aunque la pérdida de masa ósea y el riesgo de fractura por osteoporosis aumentan paulatinamente a partir de la menopausia, el problema real de las fracturas de cadera y vertebrales se concentra en las mujeres de 70 y 80 años. La cuestión es que hay que tratar a cientos de miles de mujeres durante 25 o 30 años para evitar una fractura a los 80 años. En los últimos años se está produciendo un nuevo giro de tuerca en el tratamiento de la osteoporosis, extendiéndolo a las mujeres con osteopenia (el 42% de las mujeres de 50-60 años). Se está pasando de sugerir que podría existir un beneficio a afirmar que es necesario tratarlas, y las mujeres con osteopenia son ahora el objetivo de la especulación del mercado de la salud. Esta recomendación se hace con reanálisis de datos de ensayos clínicos, una estrategia muy cuestionable científicamente, cuando no con lecturas interesadas y sesgadas, como es concluir que determinados fármacos son eficaces en la reducción de fracturas en mujeres osteopénicas (característica anecdótica), pero sin resaltar con sufi-

ciente claridad que eran mujeres que ya tenían fracturas vertebrales previas (característica determinante)^{15,16}.

Otros ejemplos claros de la ampliación de los márgenes de la enfermedad los tenemos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. Asistimos a lecturas sesgadas de la evidencia científica que sirven para elaborar consensos y recomendaciones que preconizan tratamientos farmacológicos con cifras de parámetros cada vez más bajas en lo que actualmente se conoce como prehipertensión y prediabetes. Se publican estudios que plantean intervenir con tratamientos en población cada vez con menos riesgo, como tratar a prehipertensos para evitar la progresión a la hipertensión¹⁷. Considerando significativa la disminución de hipertensos en el grupo tratado, que se obtiene gracias a una reducción media de la tensión arterial sistólica de 2 mm de Hg, como si el incremento del riesgo cardiovascular se debiese a una categorización dicotómica de hipertenso o no hipertenso, y no a una función continua, según la cual, la diferencia de 2 mm de Hg tendría una mínima relevancia clínica. Es un buen ejemplo de lo que se define como "estadísticamente significativo y conceptualmente estéril"^{18,19}. ¿Para cuándo un estudio que demuestre que tratar a la población sana reducen el número de pacientes prehipertensos?

La necesidad de preguntas de investigación pertinentes y cuyo objetivo sea no medicalizar más de lo que ya estamos haciendo son cada día más urgentes. Una excelente reflexión sobre el papel (negativo o positivo, retardador o acelerador, según el caso) que puede desempeñar la investigación en Atención Primaria dentro del complejo proceso de desmedicalización de la sociedad es la que plantea Luis Carlos Silva²⁰. Por una parte, considera que sus aportaciones potenciales en esa dirección son cuantiosas; por ejemplo, no faltan actividades sanitarias cotidianas cuya pertinencia ofrece dudas, ni posibles intervenciones que reclaman valoración rigurosa

antes de implantarse. Pero por otra parte, las restricciones objetivas en las que debe desarrollarse la investigación científica limitan su capacidad para generalizar sus resultados. El circuito que va de la investigación a las posibles acciones está lleno de "peligros", que elabora en torno a tres ejes: a) *la pertinencia y relevancia de las preguntas*: partiendo del viejo aforismo "si entra basura en un sistema, éste solo puede producir basura" traduce su necesidad de que las preguntas que nos hacemos y procuramos responder tengan verdadero interés o relevancia a los efectos de la desmedicalización para poder obtener respuestas útiles para ese fin. Supuestamente, la investigación científica siempre es un acto de rebeldía intelectual contra lo que se da por sentado sin respaldo claro, o incentivada por lo que no se sabe o no se domina cabalmente. Es fundamental desarrollar una investigación orientada a la salud pública y a la prevención "razonable" y no tanto la que se destina a evaluar (casi siempre a convalidar) fármacos o tratamientos propios de la atención secundaria; b) *sobre el método para contestarlas*: La creencia de que los "valores p" garantizan la objetividad y la convicción de que las pruebas de significación son el árbitro final, que "santifica o condena" un resultado, están ampliamente arraigadas en la comunicad científica, sin embargo, un número creciente de especialistas recomienda abandonar los valores "p" y el falso paradigma de objetividad representado por ello^{21,22}. Se propone un enfoque intelectual alternativo o por lo menos complementario, los *métodos bayesianos*, que combinan las evidencias subjetivamente acumuladas con la información concreta obtenida de un experimento u observación en particular, permitiendo y obligando a realizar una reflexión culta para interpretar los resultados²³. Una importante fuente de malentendidos en materia metodológica proviene de la errónea homologación entre subjetividad y arbitrariedad "mientras que esta última es inaceptable, la primera es simplemente

inevitable"²⁴; y c) la *honestidad en la interpretación de los resultados*: para que la investigación científica tenga una oportunidad real de influir en la trepidante medicalización de la sociedad, es imprescindible que sus resultados se comuniquen clara y honradamente. La investigación puede ser poco menos que inútil si hay poderosos intereses medicalizadores empeñados en ocultar los resultados, minimizarlos e incluso tergiversarlos.

Pero los médicos no son los únicos actores de este proceso de medicalización; son numerosos los factores que están contribuyendo a esta situación, ante una nueva etiqueta de "enfermedad" la consecuencia inmediata es buscar un tratamiento, y evidentemente aquí entran en escena las empresas farmacéuticas, que, apoyadas en ocasiones en los medios de comunicación, contribuyen a generar "necesidades" en una población cada vez más receptiva a las intervenciones de "prevención".

En este contexto no se puede olvidar el papel de la administración, responsable de la aprobación, evaluación y adquisición de los nuevos fármacos y tecnologías⁶. ¿por qué autorizan determinados fármacos y luego presionan a los facultativos para que no los prescriban?

La información que reciben los profesionales y los ciudadanos: ¿una sociedad bien informada?

Lo noticiable está asociado a la novedad, lo inusual, lo improbable o lo deseado. De ahí la sobreabundancia de noticias sobre pretendidos descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y terribles plagas de dudosa base científica. El principal problema de una lectura crítica de esta información por parte de la población estriba en que favorece la creación de expectativas que están por encima de la realidad, contribuyendo de modo importante a generar la creencia en una

inexistente medicina todopoderosa²⁵. Márquez y Meneú, en su interesante trabajo sobre la medicalización y sus profesionales, recogen una cita de Ian Morrison para sintetizar este mensaje: "cuando él nació en Escocia la muerte era vista como inminente, mientras se formó en Canadá comprobó que se vivía como inevitable, pero en su actual residencia californiana parece que allí se perciba como opcional"⁶.

Se han documentado casos en los que el tratamiento de los problemas en los medios de comunicación está lleno de contradicciones, subrayándose aspectos negativos e ignorando otros relevantes²⁶. En muchas ocasiones, son los médicos ejerciendo de columnistas, o sus sociedades a través de campañas de prensa, quienes promueven la medicalización e incluso el uso de intervenciones cuyos efectos adversos superan los posibles beneficios. En otras ocasiones son actores o actrices los que defienden desde distintos medios de comunicación las bondades de pruebas diagnósticas y tratamientos y generando una necesidad que para la mayoría de la población (clases media y baja) acabará canalizándose en las consultas de atención primaria. Así vemos nacer nuevos motivos de consulta, junto con demandas de pruebas diagnósticas y opciones terapéuticas ligadas a determinadas campañas mediáticas, anuncios y programas "especializados".

Un reciente ejemplo lo tenemos con la Vacuna del Virus del Papiloma, cuando el debate en la comunidad científica está abierto, la estrategia de vacunación parece formar parte de la agenda de la campaña electoral de los grandes partidos. Políticos y medios de comunicación divulgan las bondades de la vacuna y recomiendan a la población consultar con su médico. Incluso algunos medios como *El País*, que en su sección de salud dedicaba un espacio destacado a la disparidad de opiniones de los expertos, publicando una petición de moratoria para la vacunación, en su dominical un par de semanas después, inser-

ta una página de publicidad firmada por tres sociedades científicas (que probablemente habrá financiado la industria farmacéutica) bajo el lema "Tu puedes evitar que tu hija tenga cáncer de cuello de útero. Consúltalo con tu médico Protege la vida de tu hija"²⁷. Lo que no sabe la población es que los médicos que tienen que explicarle quién, cuándo y cómo ¿protegerá? a su hija, aún no han recibido ninguna información por parte de las instituciones sanitarias para las que trabajan que les permita contestarles con el rigor deseable. La información que están recibiendo llega de las casas comerciales que compiten por colocarse en la mejor posición en la recta de salida. Pero lo que si sabemos es lo difícil que es introducir "algo de sentido común" después de campañas como éstas. ¿Por qué no esperar a las campañas institucionales?

Todos sabemos los "peligros" de que sea la industria farmacéutica la principal fuente de información/formación, no en pocas ocasiones se han tenido más en cuenta para su elaboración estrategias de mercado que razones científicas o de salud pública. Muchos de estos mensajes confunden a propios y extraños, ya que no todos los médicos tienen el tiempo suficiente para analizar con rigor toda la información científica disponible, y muchas veces son también en exceso permeables al aluvión de información seudocientífica.

En otras ocasiones es la propia administración la que promociona campañas poco afortunadas como la puesta en marcha por la Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid para sensibilizar a la población en relación con el uso racional de las urgencias sanitarias: "En un hospital las urgencias salvan vidas. ¿Hay algo más urgente? En caso de gripe tienes un centro de salud a 15 minutos". Parece insensato cuando no desafortunado, instar a la población a acudir en todos los casos de sospecha de infección gripal a la consulta del médico de atención primaria. Y menos aún si esto se hace contraponiendo el

Así, lo que de hecho son problemas socioculturales (paro, sedentarismo, soledad, sociedad ansiosa...) acaban transformándose en enfermedades individuales.

valor de un ámbito asistencial frente a otro. Es sin duda una oportunidad perdida para potenciar la autonomía y el autocuidado, así como el uso racional de la consulta del médico de atención primaria. Mensajes que pretenden racionalizar el uso de una parte del sistema, sin duda necesaria, no parece que deban hacerse fomentando la sobreutilización de otra parte, ni potenciando la medicalización de un proceso en el que existen suficientes evidencias científicas para aconsejar tratamiento sintomático en la mayoría de los casos y limitar la valoración médica a determinados pacientes de riesgo y/o ante síntomas de complicaciones.

Más allá de las actuales expectativas desmedidas, en la sociedad de la información, el acceso a Internet parece claro que facilita que la población este más informada (no sabemos si mejor), lo que se debería traducir en una mayor exigencia de información y participación del paciente. Sin embargo, es difícil predecir cómo afectará el incremento de pacientes informados y deseoso de adoptar sus propias decisiones al fenómeno de la medicalización²⁸. No faltan las llamadas de atención sobre uno de los escenarios menos deseables con el que nos podemos encontrar, "el representado por usuarios que conocen todas las alternativas existentes pero son insensibles a la dimensión social de la asistencia, apelando sistemáticamente a la 'regla del rescate' –la oposición a no emplear todas las alternativas con algún beneficio potencial, por mínimo que sea, ante un riesgo grave para la salud de un individuo identificable y concreto–"²⁹.

La medicalización del malestar: cuándo sólo podemos o sólo sabemos dar fármacos

El incremento progresivo de prescripción de psicofármacos en atención primaria esta siendo objeto de análisis desde diversas perspectivas.

Existen datos muy dispares de prevalencia de consumo de psicofármacos en la población que acude a Atención Primaria con estimaciones que varían entre un 20% -78%, con una media en torno al 30%^{30,31,32,33,34}, superior a la prevalencia esperada de trastornos que justifiquen su uso. El consumo de estos medicamentos es significativamente superior en las mujeres, en las amas de casa, en los desempleados y en las personas con bajo nivel educativo, con una clara relación inversa entre consumo de psicofármacos y nivel formativo –a mayor formación, menor consumo–³⁴.

Son múltiples las causas que pueden explicar porqué " los malestares" son tratados con fármacos con los consiguientes problemas asociados (conductas de dependencia y cronicidad) . Hay variables de tipo social (disminución del umbral de la tolerancia de la población al malestar causado por los problemas de la vida diaria, aumento de la prevalencia de patologías susceptibles de ser tratadas con estos medicamentos sobre las que no hay suficiente evidencia para tratar con fármacos) ; de tipo estructural (la falta de tiempo en las consultas de atención primaria –cada 5 minutos entra un paciente y otro y otro...–, la dificultad de acceso a terapias psicológicas) y otros factores que dependen del profesional de atención primaria (no revisión o seguimiento de los motivos y pautas de la prescripción inicial, presión de la industria farmacéutica o insuficiente formación rigurosa sobre las indicaciones de psicofármacos, o sobre alternativas no farmacológicas que pueden ser desarrolladas en atención primaria).

Esta categorización de los procesos normales de la vida como "procesos médicos", lleva a que las personas vayan perdiendo la capacidad de decidir sobre sus vidas, mientras en ellas se afianza la seguridad de estar haciendo lo correcto al acudir a "los expertos" y seguir sus consejos. Así, lo que de hecho son problemas socioculturales (paro, sedentarismo, soledad, sociedad ansiosa...) acaban transformándose en enfermedades individuales.

Un futuro preocupante para los ciudadanos y sumamente decepcionante para los profesionales que se supone deben combatir unas exigencias que van más allá del rol que tienen asignado. Cada día muchos profesionales, en sus consultas, en las que mayoritariamente siguen “viendo pacientes y no clientes”, colaboran poniendo un poco de sentido común en este proceso. En atención primaria “las enfermedades pasan y los pacientes se quedan”, se trabaja manejando una buena dosis de incertidumbre, en las áreas grises de la medicina- aquéllas en que los límites entre la normalidad y la patología son difíciles de establecer-, intentando incorporar un abordaje biopsicosocial para entender lo que le sucede al paciente y aprendiendo a gestionar, a informar y a compartir con el paciente la frustración de las limitaciones de la medicina: no sabemos diagnosticar todo, no podemos curar todo y no tenemos la posibilidad de hacerlos felices.

Bibliografía

1. Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriation of Health (book review). BMJ 2002; 24: 923.

2. Cura I, Huertas R. Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria. En: Montiel, L.; Porras, I. De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel de paciente en la prevención de la enfermedad, Aranjuez, Doce Calles, 1997. pp. 241-252.

3. Navarro V. La medicina bajo el capitalismo. Barcelona: Crítica, 1978. p. 286.

4. Huertas R. Neoliberalismo y políticas de salud. Madrid: El Viejo Topo; 1998. p. 78-79.

5. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP 21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. 21.

6. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria. 2003; 5 (2): 47-53.

7. Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002; 324: 860-861.

8. Too much medicine? Moynihan R, Smith R. BMJ 2002; 324: 859-860.

9. Smith R. In search of non disease. BMJ 2002; 324: 883-5.

10. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de la necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006; 20 (supl 1): 127-34.

11. Ebrahim S. The medicalisation of old age. BMJ. 2002; 324(7342): 861-3.

12. Santilla MA. El discreto encanto de Petr Skrabakne. Una visión crítica de la epidemiología. Disponible en http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/17/17_5.pdf

13. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ. 2002 Apr 13; 324 (7342): 886-91.

14. Alonso-Coello P, López García-Franco A, Guyatt G, Moynihan R. Drugs for pre-osteoporosis: prevention or disease mongering? BMJ 2008; 336: 126-129.

15. Kanis JA, Johnell O, Black DM, Downs RW Jr, Sarkar S, Fuerst T, Sevestre RJ, Pavo I. Effect of raloxifene on the risk of new vertebral fracture in postmenopausal women with osteopenia or osteoporosis: a reanalysis of the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation trial. Bone. 2003 Sep; 33(3): 293-300.

16. Quandt SA, Thompson DE, Schneider DL, Nevitt MC, Black DM. Effect of alendronate on vertebral fracture risk in women with bone mineral density T score of -1,6 to -2,5 at the femoral neck: The fracture intervention trial. Mayo Clin Proc 2005; 80: 343-9.

17. Stevo J, Shawna D, Nesbitt MD, Brent M, Egan MD, Michael A, et al. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. N Engl J Med 2006.

18. Silva LC. Estadísticamente posible; conceptualmente estéril. En: Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid; Díaz de Santos, 1997. pp. 95-121.

19. Franch J. Hipertensos o “shockados”. AMF 2006; 2 (5): 247-248.

En atención primaria las enfermedades pasan y los pacientes se quedan (...) no sabemos diagnosticar todo, no podemos curar todo y no tenemos la posibilidad de hacerlos felices.

20. Silva LC. Como la investigación puede colaborar a desmedicalizar la sociedad. En. Foro de debate :la Investigación en atención primaria y la desmedicalización de la sociedad. *Aten Primaria* 2004;34 (Extraordin 1):97-105.
21. Matthews RAJ Facts versus Factions: the use and abuse of subjectivity in scientific research. En: Morris J. *Rethinking Risk and the Precautionary Principle*. Oxford: Butterworth; 1975.pp. 247-282.
22. Sarria M, Silva LC. Las pruebas de significación estadística en tres revistas biomédicas: una revisión crítica. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2004; 15:300-6.
23. Silva LC, Suárez P. ¿Qué es la inferencia bayesiana? *Jano* 2000;58(1338):65-6.
24. Silva LC, Benavides A. Apuntes sobre subjetividad y estadística en la investigación en salud *Revista Cubana de Salud Pública* 2003;29:170-3.
25. Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumers' demand for evidencebased medicine. *Int J Technol Assess Health Care* 1998; 14: 97-105.
26. Gannon L, Stevens J. Portraits of menopause in the mass media. *Women Health* 1998; 27: 1-15.
27. El país semanal. Domingo 2 de diciembre de 2007. N° 1627.p.93.
28. Bowling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality in Health Care* 2001; 10 (Suppl 1): 12-18.
29. Segarra Medrano A. La parte plana de la curva. Donde el coste-efectividad encuentra "la regla del rescate" En: Ortún V. (Ed.) *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta*, Masson, Barcelona 2003.
30. Ortiz Lobo, A., Mata Ruiz, I., Hernández Monsalve, M. y Gervás, J. El uso de psicofármacos en medicina general de familia según tres fuentes complementarias de información: paciente, historia clínica y médico de cabecera. *Farmacia Clínica*,1996; 13: 101-109.
31. Fluvía, X., Rodríguez, M., Sempere, M.C. y Corominas, N. Consumo de psicofármacos en la población que acude al médico de Atención Primaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1994;21: 247-250.
32. Mateo R, Rupérez O, Hernando M.A, Delgado M.A, Sánchez R. (Consumo de psicofármacos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997,19:101-104.
33. de la Cruz M.J., Fariñas B, Herrera A, González M.T. Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Las Palmas, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria, 2000.
34. Secades R, Rodríguez E, Valderrey J, Fernández JR, Vallejo G, Jiménez JM. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a Atención Primaria en el Principado de Asturias (España). *Psicothema* 2003;15(4): 650-655.
35. Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria*. 2005;35(3): 152-5.