

Prevención cuaternaria, una tarea explícita del médico generalista. Una entrevista con Marc Jamouille

Nève, Julien; Bernstein, Jorge; Terra, María Agustina

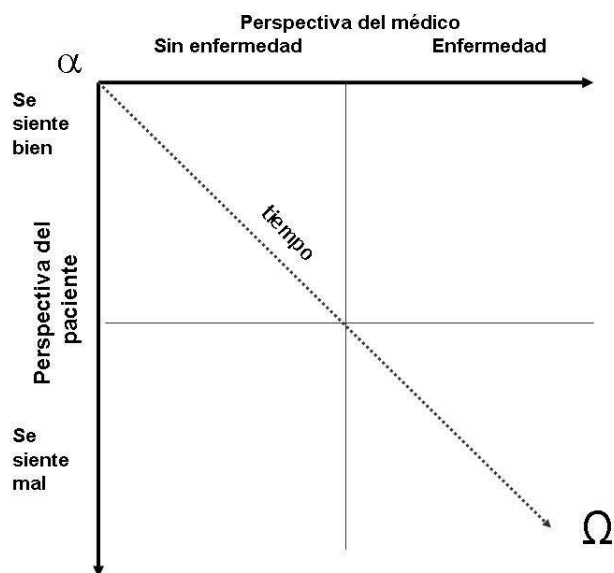
Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(2): 23-26

Marc Jamouille es médico de familia en Bélgica. Es el creador del concepto de Prevención Cuaternaria y uno de los líderes mundiales del movimiento originado por este concepto en salud. La entrevista fue traducida por Jorge Bernstein y María Agustina Terra, con autorización de Julien Nève y Marc Jamouille, 'La Prévention Quaternaire, Une Tâche Explicite Du Médecin Généraliste. Entretien Avec Marc Jamouille, Médecin Généraliste.', Prospective Jeunesse, 2012, 7-11 <http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/DSP60-JAMOULLE.pdf>. Publicado en La Revue Prescrire de Julio 2012 ppgg 552-554. Es de libre difusión y reelaboración a condición de citar al autor y a "Archivos de Medicina Familiar y General"; no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto también de libre difusión.

Julien Nève: *Usted ha cuestionado mucho su rol como médico generalista, ¿cuál ha sido el sentido de su reflexión?*

Marc Jamouille: Para mí la cuestión central es la relación con el paciente, es un encuentro particular entre dos seres humanos, cada uno responsable de una variedad de conocimientos, donde uno está en condición de demanda y el otro en condición de oferta. Quisiera entender qué motiva a la gente a venir a verme, a buscarme como interlocutor sobre sus temas a veces personales. *¿Cuál es la legitimidad de esta "etiqueta" de médico, que bajo el pretexto del conocimiento del cuerpo, me da derecho a la intromisión en la vida privada? Es sorprendente que áreas como la salud mental o la sexualidad han sido totalmente absorbidas por la medicina. Muchos médicos generalistas se han convertido en psicoterapeutas sin que realmente se hayan planteado la cuestión. Se han arrogado el derecho de mirar a la vida de la gente sin tener una guía de referencia en el sentido ético o moral. Actualmente, nada escapa a la medicina, desde el nacimiento hasta la muerte no se puede existir sin un médico. Esta primacía del hecho médico en nombre de la salud, es asombroso desde el punto de vista sociológico y e incluso antropológico. ¿Qué más extraño que se encontrarse en una consulta, delante de mí, con alguien que cree legítimo que yo tenga el poder de decir o definir la normalidad?*

JN: *¿Es sobre la base de en este pensamiento que ha construido Ud. su modelo relacional de la prevención?*



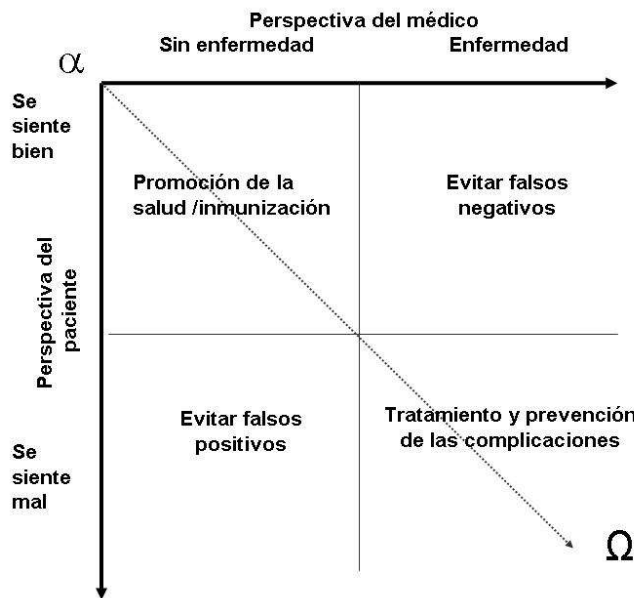
MJ: Durante un curso de salud pública, teniendo esta herramienta "chi-cuadrado" a mi alcance, asumí al paciente en la abscisa y al médico en la ordenada, para poder construir una tipología de las relaciones entre ellos.

Si trazamos una cruz en el centro de la gráfica, obtenemos cuatro situaciones diferentes en la relación médico-paciente. Las definiciones de las tres primeras situaciones ya existen. Basta pensar en el modelo de serie temporal de la prevención: primaria, secundaria y terciaria. La primera situación corresponde a lo que se entiende por prevención primaria: la enfermedad está ausente y no se encuentra ninguna enfermedad, el médico le dice al paciente unos cuantas trivialidades¹ sobre lo que debe o no debe hacer, lo que es peligroso o no. Toda la educación es salud va en este cuadro. En el segundo caso, el médico busca la enfermedad que los pacientes no tienen. Por ejemplo, vienes a verme, y digo que me gustaría hacerte un examen rectal porque estoy buscando un cáncer y que estoy capacitado para ello. Esta es exactamente la definición de cribado. El doctor "apuesta" a la enfermedad. El tercer caso corresponde a la situación en la que la gente está realmente enferma. El médico lo sabe y trata de evitar complicaciones. Se trata de la prevención terciaria.

JN: ¿Qué hay del cuarto caso?

MJ: Falta, en efecto, definir el cuarto caso, es decir la situación en la que los pacientes se convierten en futuros dependientes de la medicina. Esta es la situación del “enfermo imaginario” como lo describe Molière, el caso de las somatizaciones. Los médicos tienden a fabricar este tipo de personaje, animados por el modelo capitalista de producción donde está inscripto nuestro sistema de salud.

No es ningún secreto que los que producen medicamentos o tomógrafos no buscan la felicidad de a gente sino obtener un beneficio, incluso si sus productos son muy buenos. En pocas palabras, se crea una inflación, una sobreproducción constante para llenar el cuadro 4. Al optar por prescribir un tomografía para cada dolor de cabeza, se refuerza la ansiedad que experimentan los pacientes frente a la muerte. Y la inversión en esta función simbólica propia del ser hu-



mano, tiene un montón de beneficios pero también vemos explotar el gasto en salud en todos los países, sin que nadie sea capaz de controlarlos.

JN: *Específicamente, ¿qué recomienda usted?*

MJ: En primer lugar sentarse y pensar en estas preguntas no resueltas en los libros ni en las conferencias, pero que se presentan día a día, en una consulta tras otra.

Cuando un paciente me dice que quiere hacerse un tomografía, ¿voy a tomar el tiempo para explorar su ansiedad oculta o me libro de eso poniendo la firma en un papel sin preocuparme por el costo financiero, los riesgos de la radiación o de saber si con ello se sumerge más profundamente en la medicalización? No hay recetas, es una cuestión de actitud, hay que mostrarse pragmático para cada consulta en particu-

lar. Se estima, por ejemplo, que el hospital local realiza un millón de consultas al año. Son un millón de oportunidades para cuestionar el derecho de la medicina a inmiscuirse en todos los ámbitos de la vida. Pero, ¿están los actores involucrados entrenados para pensar en este tipo de preguntas?

JN: *Así que usted aboga por que los médicos estén capacitados. Pero ¿en qué deben capacitarse? ¿Podría darnos un ejemplo?*

MJ: Los futuros médicos se forman en la medicina, no en escuchar. Tomemos el caso de esta madre marroquí expatriada en Bélgica para casarse con su primo, que había nacido en Bélgica. Ella acaba de dar a luz a su primer bebé, pero debido a que no puede regresar a Marruecos a ver a su familia, sobre todo a su madre, ella no para de llorar. Un médico habitual le dirá que esto es la consecuencia de su “baby blues”. De hecho la mayoría de los médicos no saben que en la cultura de los países del norte de África, el contacto madre-hija en el momento del parto reviste una importancia crucial. En lugar de prescribir un antidepresivo para hacerla sentir mejor, sería suficiente darle la oportunidad de tomar avión para ir a ver a su madre durante 40 días.

Así es como se diagnostica la depresión postparto sin realmente cuestionarse el por qué de esa depresión. Optamos por la medicalización en lugar de desarrollar un abordaje centrado en la relación entre la situación de esta joven madre y la extracción cultural que ha sufrido.

JN: *¿Siempre evitar la medicalización?*

MJ: No necesariamente. En el caso de una paciente con una enfermedad multisistémica acompañada de graves problemas inmunológicos, mi función fue ayudar a ver con claridad entre la multitud de especialistas médicos. Tuve que manejar y controlar la información, cosa que no hacemos demasiado. Por ejemplo, determiné que una crisis de epilepsia fue causada por un medicamento nuevo. Aquí, mi rol era decirle que ella estaba realmente enferma y no tenía nada que hacer en la casilla 4 de los enfermos imaginarios, sino que debe encontrarse en la casilla tres, de las personas están realmente enfermas. Al final, en contra de la opinión de los funcionarios de bienestar social que, negando su enfermedad le habían rechazado un complemento de su pensión, hice que le se reconociera ese derecho.

JN: *¿Es este el tipo de mentalidad que cree usted les falta a los médicos?*

MJ: La medicina está centrada en el médico y no en el paciente. El motivo que lleva al paciente a entrar en contacto con el sistema de salud no interesa verdaderamente. Lo que importa es el resultado de la producción del sistema de salud. La posición del médico

es vertical y dominante. No es una relación horizontal con su paciente. La demanda, como tal, no es considerada. Por supuesto que este no es el caso para todos los médicos. Nadie hace mala medicina, pero son pocos los que reflexionan acerca de la medicina que practican.

JN: *Si he entendido bien, ¿la prevención cuaternaria es una forma de resistencia a una posición de medicalización excesiva?*

MJ: De alguna manera sí. Sin embargo, no hay tanto peligro en colocar a alguien en la casilla 4 de sobre-medicalización, haciéndole creer que está enfermo cuando no lo está, como en llenar esta casilla con personas que están realmente enfermas. Pienso particularmente en una paciente que, a causa de la equivocación del radiólogo que no hizo diagnóstico de esclerosis múltiple por pensar que la pérdida la funcionalidad de su brazo era psicológica. Creyendo que había inventado su enfermedad, ella se ubicó en la casilla 4, suponiendo antes que nada, la necesidad de un psicoterapeuta. En mi opinión, este tipo de medicalización podría evitarse mediante la aplicación de un sistema de control de calidad del que, en Bélgica, la medicina no existe. Es cierto que la costosa campaña para alentar a los médicos a recetar menos antibióticos funcionó muy bien. Pero después de dos años los malos hábitos volvieron. ¿Por qué? Precisamente porque esta campaña pasa por alto lo esencial, a saber, la influencia de las compañías farma-

céuticas sobre los médicos. Y si nos atreviésemos a denunciar la práctica de la representación médica por considerar que perturba seriamente la prescripción, destacando productos innecesarios, peligrosos e inadecuados, seríamos asesinados por la industria farmacéutica.

JN: *Su enfoque relacional para la prevención es, de alguna manera, una transposición de su práctica.*

MJ: Creo que el modelo relacional de prevención viene a reemplazar el modelo cronológico en que la prevención se reduce a una visión del médico, de una tarea que debe realizarse antes de la ocurrencia de un evento. En esta visión cronológica, la prevención cuaternaria correspondía a los cuidados paliativos. La originalidad del modelo que propongo no es tanto tener una nueva definición de la prevención cuaternaria, sino desarrollar una visión relacional de la prevención, más cualitativa y más individual. Obviamente estoy interesado en la salud pública, pero yo soy ante todo un clínico que ve pacientes individuales, y médico de familia.

“¿Qué debo hacer, doctor?”

Esta es la primera pregunta que me atrae. Y es mi deber ayudar al paciente a encontrar la manera de sobrevivir. Porque al final, la cuestión central sigue siendo la misma. ¿Cómo sobrevivir socialmente, políticamente, económicamente y mentalmente?

NOTAS FINALES

¹ En el original “carabistouilles”, modismo belga que se puede traducir por tonterías, disparates.
