Artículo de opinión
Med Int Méx 2014;30:64-72.

La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones/ Curative and Preventive Medicine: Scopes and Limits

Alberto Lifshitz

Secretario de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social. Facultad de Medicina, UNAM.

Cuando se plantean como alternativas la medicina preventiva y la curativa pareciera que son suplementarias, que hay que elegir entre una y otra; que los esfuerzos sanitarios tendrían que seleccionar hacia dónde prefieren dirigirse, pero lo cierto es que no sólo ambas han coexistido históricamente y lo seguirán haciendo, sino que resultan frecuentemente complementarias en la medida en que lo que no se logra prevenir tendrá que curarse. Ciertamente se ubican en diferentes momentos de la historia natural de las enfermedades, una evitando el daño y la otra restaurando de él, pero los límites no son muy precisos, en tanto que, por ejemplo, el tratamiento de las enfermedades ya establecidas *previene* males mayores y que hoy en día los factores de riesgo pueden ser objeto de intentos *curativos*. Desde el modelo de Leavel y Clark,[1] que separa la prevención primaria de la secundaria y la terciaria se muestra como la distinción entre curación y prevención puede ser artificial o relativa. La hipertensión arterial, por ejemplo, es una enfermedad que amerita medicina curativa, pero es un factor de riesgo de enfermedad vascular cerebral; la hipercolesterolemia es un factor de riesgo de aterosclerosis pero hoy se maneja como enfermedad en términos de medicina curativa.

Recibido: 18 de octubre 2013

Aceptado: diciembre 2013

Este artículo debe citarse como:
Lifshitz A. La medicina curativa y la medicina preventiva: alcances y limitaciones. Med Int Méx 2014;30:66-72.

Las distinciones conceptuales se traducen, sí, en diferencias operativas, como se muestra en el Cuadro 1.

Bajo el enfoque de la economía resultan más evidentes las diferencias entre prevención y curación, y la orientación de la inversión en salud tiende a guiarse por estas diferencias. Al menos en teoría, la inversión en prevención es mucho más conveniente que la destinada a la curación.

Casi nadie cuestiona hoy en día el valor de la visión preventiva. El enfoque racional, obvio, es el de evitar los daños y no el de repararlos, aunque el modelo tiene sus limitaciones en términos de factibilidad. Se atribuye a Benjamín Franklin la frase de que *una onza de prevención vale más que una libra de curación*. El modelo curativo es más difícil de justificar, aunque no se puede escatimar el valor de corregir lo dañado aún con sus limitaciones intrínsecas y filosóficas.

La medicina preventiva parte entonces de la salud con el ánimo de preservarla y la medicina curativa lo hace de la enfermedad y del enfermo. Mientras que la medicina curativa se encarga del estudio del *pathos* (la enfermedad de *facto*, es decir, la enfermedad como un evento real, asentado en un organismo biológico), la salud pública se encarga del estudio del *nosos* (es decir, la enfermedad en *potentia*, como posibilidad). La enfermedad en potencia es lo que actualmente llamamos *riesgo*, en su sentido más amplio.[3]

Tanto la medicina preventiva como la curativa muestran cualidades y limitaciones, promesas y frustraciones, esperanzas y desilusiones. Aquí se analizarán algunas.

La capacidad de prevenir de la medicina preventiva. La inevitabilidad de la enfermedad

El sueño de que la enfermedad desaparezca y que todo sea prevención está muy lejano. La enfermedad ha sido un acompañante de la humanidad a lo largo de toda la historia y ha sido un protagonista de ella. Si bien la época contemporánea tiene avances conceptuales, técnicos y científicos inéditos, todavía no es posible resolver la vulnerabilidad de las personas para enfermar. El control de los factores de riesgo no sólo es difícil sino que muchos de ellos apenas son reconocidos y muestran alguna inconsistencia en su vinculación con ciertas enfermedades. La mayor supervivencia de la población conlleva una mayor exposición a factores patogénicos, de manera que la población adulta mayor incrementa su probabilidad de enfermar. Las medidas preventivas no suelen ser universales, de tal manera que si contribuyen a reducir el riesgo de una cierta enfermedad no lo hacen con todas y a veces la prevención lo que hace es cambiar el patrón para enfermar o para morir (*Al que no fuma y no bebe vino, el diablo lo lleva por otro camino)*. Por otro lado, el apego a las medidas preventivas suele dejar mucho que desear. Aun cuando se sepa cómo prevenir enfermedades muchas personas carecen

Cuadro 1. Comparación entre medicina preventiva y curativa

Características	Preventiva	Curativa
Personas atendidas	Poblaciones	Individuos (pacientes)
Dilucidación de los problemas	Estudios epidemiológicos	Diagnóstico
Predicción del curso	Previsiones, anticipaciones	Pronósticos
Manejo de los problemas	Profilaxis	Tratamientos
Intervención	Prepatogénica	Postpatogénica

Modificado de la referencia 2.

de la disciplina o la motivación para seguir los pasos que se requieren para lograrlo.

La capacidad de curar de la medicina curativa

La palabra 'curar', de donde surge el adjetivo, resulta excesiva en muchos casos, particularmente cuando se refiere a las enfermedades crónicas. Curar es sanar, recobrar la salud, eliminar la enfermedad, lo cual es ciertamente una aspiración pero frecuentemente tiene que limitarse a logros menores. La enfermedad aguda con frecuencia es curable, pero la crónica no, de modo que en realidad la llamada medicina curativa suele más bien paliar, reducir las molestias, detener la progresión de la enfermedad o desacelerarla, controlar, adaptar al enfermo a su enfermedad, evitar complicaciones y secuelas. Curar tiene que ver con remediar un mal y, por definición, es una acción reactiva, una reacción. La medicina curativa es la que pretende hacerlo mas no la que lo logra. Lo cierto es que, gracias a la medicina curativa, muchos pacientes crónicos logran convivir con su enfermedad, en la medida en que se educan para ello, en que llegan a un acuerdo con su padecimiento, pero son pocos los que logran deshacerse de su mal. La sociedad identifica más las acciones curativas porque han formado parte de su propia experiencia y cuando se hace referencia a la medicina sin adjetivos, se suele referir al modelo curativo.

Iatrotropismo

La tradición médica muestra al paciente como un enfermo que pide ayuda porque sufre. Alvan Feinstein[4] propuso el término de iatrotropismo para indicar lo que propicia que el paciente busque al médico. Síntomas iatrotrópicos suelen ser los que generan sufrimiento y la búsqueda del alivio, pero la educación para la salud puede convertir en iatrotrópicos algunos síntomas indolentes. Los síntomas iatrotrópicos son muy importantes porque representan el problema que, a los ojos del paciente, el médico tiene que resolver. La prevención, en cambio, suele carecer de este iatrotropismo. Como un atributo de la salud pública, tiende a buscar ella a los pacientes, si por tales se entiende no tanto a los enfermos como a las personas que entran en contacto con un sistema de salud, para actuar directamente sobre ellos. Lo iatrotrópico actúa como defensa de la salud en tanto que motiva la búsqueda de ayuda. Los síntomas se vuelven iatrotrópicos ya sea por la incomodidad que causan o por el miedo de que sean el presagio de una enfermedad grave. El médico contiende con lo iatrotrópico pero también busca lo no iatrotrópico, pero el paciente se concentra en lo primero.

Características de la medicina curativa

El proceso se inicia con el paciente, que se percibe a sí mismo como enfermo y toma la iniciativa de buscar al médico o acercarse a un servicio de salud. El médico, ante esta demanda, procede ordenadamente a realizar una entrevista y un examen físico con el propósito de integrar un diagnóstico, si es necesario con el complemento de exámenes de laboratorio e imagen**.** A partir de un diagnóstico nosológico, que es el equivalente a ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente, elige una terapéutica y estima un pronóstico. La decisión terapéutica se pone en operación y en ella se incluyen medidas higiénicas, dietéticas, físicas y medicamentosas. Vigila el apego o adherencia, identifica los indicadores de mejoría o empeoramiento y hace los ajustes terapéuticos pertinentes, hasta alcanzar el mejor resultado posible, preferentemente la curación. Finalmente, el enfermo es *dado de alta* porque ya dejó de estar enfermo y está listo para un nuevo ciclo cuando las circunstancias vuelvan a obligar a ello. Los elementos clave son, entonces, la iniciativa del paciente, la precisión diagnóstica y la recomendación terapéutica.

Limitaciones y ventajas

La medicina curativa interviene sobre lo que no se logró prevenir (o lo que ni siquiera se intentó). Entre todas las limitaciones que tiene a favor de una salud permanente, tiene la ventaja de que es este un proceso *individualizado*, en el que cada paciente es diferente y a cada uno corresponde, en teoría, un diagnóstico y un plan terapéutico propios. El manejo se adapta al paciente como un traje a la medida. Es verdad que los referentes (que fabrican la nosología) nacen del estudio de muchos pacientes similares entre los que se agrupan las semejanzas y tienden a soslayarse las diferencias, pero las decisiones se individualizan para cada caso. Aunque a los pacientes se les ubica en el casillero correspondiente, en general se requiere individualizar lo más posible el diagnóstico. No basta la denominación genérica de la enfermedad (por ejemplo, diabetes), sino que se tiene que distinguir si es antigua o reciente, controlada o no, con secuelas o sin ellas, qué tan severa se comporta, si está ocurriendo en un individuo disciplinado o uno indolente, etcétera. Hoy se habla no sólo de medicina individualizada sino de "medicina *personalizada*" en la que, dependiendo de las características de cada caso, incluyendo las variantes genéticas, se toman decisiones muy precisas,[5] que sólo son válidas para el paciente en cuestión. Se puede estimar si el paciente responderá a un cierto tratamiento o si padecerá efectos colaterales con un determinado medicamento para decidir si se prescribe o no. La medicina genómica ha contribuido al desarrollo de una práctica predictiva que promete frutos.

Pero la medicina curativa suele ser *reactiva* en tanto que responde a un daño ya establecido y no se anticipa a él. No suele ser prospectiva como la medicina preventiva sino que reacciona después de que se generó el problema. Esto no necesariamente implica que no tiene acciones anticipadas, pues un precepto reconocido que la guía es el del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Alcanzar un diagnóstico temprano, lo más temprano posible, preferiblemente en las primeras etapas de la historia natural de la enfermedad, tiene un valor inconmensurable para los propósitos curativos; mientras más temprano se diagnostique una enfermedad, mejores probabilidades de atenderla con éxito en términos generales. Habría que reconocer que varias de las acciones que se suelen ubicar en el terreno de la prevención en realidad corresponden al diagnóstico temprano, como es el caso de la citología exfoliativa cervicovaginal rutinaria (Papanicolaou) para identificar el cáncer del cuello uterino y el examen médico periódico.

Ciertamente muchas de las intervenciones de la medicina curativa hoy en día son *tardías,* como es el caso del tratamiento de la enfermedad coronaria, pues es un proceso que se inició muchos años antes. El problema de muchos de los casos de cáncer es que cuando se hace el diagnóstico ya se han dejado pasar las oportunidades de curarlo. El diagnóstico de diabetes se basa en un criterio internacionalmente validado que, sin embargo, identifica la enfermedad cuando ya se ha establecido un cierto daño y se ha perdido un número considerable de células insulares productoras de insulina. Por ello ha resurgido el concepto de prediabetes en el que las intervenciones pueden ser más oportunas. La enfermedad vascular, cuando se diagnostica por sus síntomas, es porque ya se ha alcanzado un nivel crítico en la reducción de la luz arterial, y como estos hay muchos ejemplos más.

La participación del paciente suele ser limitada. La tradición identifica a un individuo *pasivo*, que en el mejor de los casos obedece tan sólo las órdenes del médico. El buen paciente ha sido el que ni siquiera cuestiona las instrucciones y asume pasivamente su condición. A partir de fines del siglo XX muchos pacientes empezaron a cambiar su actitud en la medida en que hicieron conciencia de sus derechos. Al plantearse el principio de autonomía se reconoce la capacidad de autodeterminación de los pacientes, a cuya opinión se le concede

preponderancia por sobre la del médico; éste enfrenta el dilema entre respetar las preferencias del paciente aunque no sean las más propicias para su salud, o elegir lo que beneficie la salud del enfermo aunque éste no esté de acuerdo. Cada vez más, el paciente participa en las decisiones que le conciernen, expresa su opinión, incluso su desacuerdo, y se convierte en un miembro activo en la relación médico-paciente.

La tradición de los últimos años también ha propiciado que la medicina curativa se centre en la *prescripción* medicamentosa. Los pacientes suelen esperar que cada encuentro con su médico culmine en la prescripción de por lo menos un fármaco, y manifiesta su frustración cuando esto no ocurre. Esto está relacionado también con otra tendencia que es la de la *medicalización*, lo que significa que todos los problemas se resuelven a través de los médicos o los servicios de atención médica. Hasta los estados de ánimo tienen propuestas de soluciones médicas o medicamentosas, ya no se diga los síntomas menores o intrascendentes. Las intervenciones quirúrgicas son símbolos favoritos de la medicina curativa pues tienen todas sus características: tardías, costosas, reactivas, medicalizadas, pasivas, individualizadas y resolutivas.

La medicina curativa es *costosa* y se puede decir que lo es cada vez más. Aún considerando sólo los costos directos, los medicamentos, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización resultan altamente gravosos. Si a esto se agrega el costo que representa ausentarse del trabajo mientras se está enfermo y otros costos indirectos se tienen que reconocer las serias dificultades para financiarlo. Los *macrohospitales*, que hoy están un poco en retirada, han sido los recintos preferidos para la atención curativa, con sus excesos y sus enfoques tardíos.

El conocimiento de los factores de riesgo y su control se han constituido en la piedra angular de la prevención de las enfermedades crónicas, en tanto que se identifiquen y se les dé un manejo terapéutico. Pero el propio conocimiento se convierte en la espada de Damocles que tan sólo está esperando para cercenar la cabeza del individuo. El tener conciencia de los riesgos genéticos puede ciertamente favorecer ciertas conductas preventivas, pero lo cierto es que en la mayor parte de los casos no es mucho lo que se puede hacer y el individuo vive con la angustia sobre cuándo aparecerá la enfermedad. En este sentido, el enfoque tradicional de no actuar mientras no haya daños resulta más tranquilizador aunque ciertamente menos responsable.

La medicina curativa tiene que conformarse con modificaciones menores en la historia natural de la enfermedad. No tiene poco valor para los enfermos el tratamiento antisintomático en tanto que reduce el sufrimiento y la medicina paliativa que abdica de la curación a favor de una mejor calidad de vida. La medicina curativa suele ser *remedial* y *reparativa*, lo cual implica una jerarquía menor que desde luego se subordina al propósito superior de tratar de evitar la enfermedad más que resolverla o corregirla.

El destino de la enfermedad crónica establecida es evolucionar hacia *complicaciones* y *secuelas*. En estos casos, la medicina curativa no lo es tanto sino una estrategia para prevenir o limitar este rumbo. La diabetes, por ejemplo, muestra su peor cara en forma de insuficiencia renal, amaurosis, discapacidades diversas y enfermedad cardiovascular, más que en lo que la define como un trastorno del metabolismo.

La medicina curativa es una medicina de *crisis*, no una estrategia planeada con un control de variables. Hasta que el asunto estalla empieza el movimiento y el plan se ajusta estrictamente a las características del caso individual. Ciertamente la clínica moderna tiene un enfoque familiar y social en el sentido de que no sólo

atiende a la persona sino a su medio, y siempre hay acciones colectivas que surgen a partir de un caso individual, como pueden ser los cuidados preventivos de los hijos.

No es lo mismo actuar para resolver un problema de salud que trabajar continuamente a favor de la salud como no es lo mismo resolver exitosamente un examen que haber alcanzado un aprendizaje significativo. No es lo mismo enseñar que lograr que los alumnos aprendan. No es lo mismo prescribir que curar, recomendar que tener éxito en ello; recetar que lograr adherencia o apego terapéuticos; no es lo mismo aprender para el examen que para la vida; no es lo mismo simular aprendizajes que auténticamente alcanzarlos.

Limitaciones de la prevención

Al representar la opción más económica, la más centrada en la preservación de la salud y la que evita más sufrimiento, la prevención se suele preferir por sobre la medicina curativa. No obstante, tiene sus limitaciones en el sentido de que no todo es prevenible al menos en el estado actual del conocimiento.[6] Sus logros en el área de las enfermedades prevenibles por vacunación son notables al grado que se han erradicado enfermedades y en otros casos se ha reducido notablemente su incidencia y su efecto. En esto, nuestro país ha sido particularmente exitoso pues ha alcanzado coberturas que muchos países más desarrollados no han logrado. Pero cuando el concepto se aplica a las enfermedaes crónicas, lo cierto es que no se han tenido logros sustanciales. Más aún, estas enfermedades van en aumento en todo el mundo.[7] Se habla de epidemias de obesidad, diabetes, hipertensión, Alzheimer, osteoporosis y otras.

Muchas de las recomendaciones con un alto valor teórico de prevención implican nada menos que cambiar los estilos de vida, lo cual es más fácil de decir que de hacer. Aun cuando esté convencido de la necesidad de cambiar su conducta, al paciente no le es fácil hacerlo porque suele llevar toda una vida con sus costumbres y hábitos. Al menos se pregunta por qué tiene que dejar de comer como le gusta, por qué tiene que sacrificar sus ocios cuando siente que ya se ganó el derecho al descanso, por qué tiene que abandonar ciertos gustos que le gratifican. Se ha dicho que, en estas circunstancias, la medicina preventiva es un sacrificio de las libertades en pos de una probabilidad estadística. Muchas de las enfermedades de hoy en día no son consecuencia de la agresión del medio ambiente o de las características genéticas de los individuos, sino que tienen que ver con la conducta de las personas, con la forma en que se comportaron en el pasado. Ciertamente se aspira a que la adopción oportuna de ciertos estilos de vida repercutan en la prevención de varias enfermedades. Los elementos convencionales del estilo de vida abarcan, desde luego, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, las variantes de la alimentación, el ejercicio, el ocio y la distracción, de tal manera que en este campo caen las enfermedades asociadas con la obesidad, el tabaquismo, el consumo del alcohol, el sedentarismo y las posturas, la malnutrición, el estrés, la higiene personal y familiar, el ejercicio de la sexualidad, el manejo del ocio y el descanso, la automedicación y la autoprescripción y los patrones de uso de los servicios de salud. En conjunto, estas enfermedades representan la mayor carga para las sociedades contemporáneas. Hay que reconocer que históricamente las recomendaciones han sido inconsistentes. En otras épocas lo saludable eran, por ejemplo, los blanearios medicinales, la ingestión frecuente de agua de manantial, los purgantes y los enemas periódicos, la alimentación basada en proteínas animales, la masticación cuidadosa, los aperitivos, digestivos y bajativos; evitar el baño; no dormir del lado izquierdo ni boca arriba, no bañarse después

de comer ni los días de la menstruación. Basta analizar cómo han ido cambiando las recomendaciones para la alimentación infantil en los últimos 100 años para cuestionar cualquier recomendación contemporánea, aunque las de hoy tengan el sustento de la evidencia. En el siglo XV, el médico Conrad Heingarter[8] aconsejaba a un paciente tras haber consultado su horóscopo: "Haga ejercicio –es uno de los mejores y más nobles tratamientos para regular la salud del cuerpo humano y prolongar la vida–, mastique bien, evite la gula, lleve una dieta variada que contenga verduras y pan integral, beba vino con moderación, cepíllese los dientes, báñese con frecuencia, no tome narcóticos, evite los lugares llenos de humo, no se exceda sexualmente y no duerma boca arriba".

Con los estilos de vida se han hecho negocios multimillonarios; entre los antiguos, además del tabaco, el alcohol y las drogas, se ha propiciado el negocio de los hospitales, los balnearios y los medicamentos. Los de ahora son los gimnasios, el equipo deportivo, los alimentos "dietéticos", "macrobióticos", "naturales" y otros, el florecimiento de ciertas medicinas alternativas que ostentan su carencia de toxicidad. Los estilos contemporáneos de vida no dejan de tener sus inconvenientes, como el aumento notable de lesiones deportivas, los riesgos que tiene correr en la calle (asaltos, mordeduras de perro, atropellamientos), la intolerancia de muchas personas a los alimentos ricos en fibra y la propensión a trastornos de la conducta alimentaria.

La ciencia de la nutrición ha crecido, dificultosamente, apoyada en estudios metodológicamente complejos que le han permitido emerger de un océano de prejuicios, creencias y conclusiones prematuras, en el que ha estado hundida toda la sociedad, sin excluir a los médicos. Más que soluciones se han generado controversias a partir de que se pretende hacer prevalecer la propia opinión por encima de la verdad científica, con lo que se ha desorientado la sociedad. Algunos indicios de las limitaciones que ha tenido el conocimiento tradicional de la nutrición se muestran, por un lado, en la frecuente variación de las recomendaciones, incluso pasando de un extremo a otro, y por el otro en la magnitud de la malnutrición con la epidemia creciente de obesidad y sus enfermedades asociadas, sin haber resuelto la desnutrición como causa de muerte y enfermedad.

Los efectos de las intervenciones nutricionales son difíciles de evaluar, porque no son inmediatos y porque participan en ellos una gran cantidad de variables. Además, el tema está lleno de pasión: desde la satanización de ciertos alimentos hasta el endiosamiento de otros, sin más sustentos que los emocionales o, acaso, los mercantiles. La comida como remedio y prevención tiene una larga historia; como fortalecimiento se alimenta de fantasías que le atribuyen subjetividades inverosímiles como percibir el calor de las calorías, la potencia de los extractos testiculares o la revitalización inmediata a partir de los alimentos frescos y naturales.

La prevención es, hoy por hoy, el *desideratum* de los programas de salud; además de que se evitan muchos sufrimientos, las estimaciones económicas establecen que con una prevención eficaz se ahorra mucho dinero. Nadie duda hoy en día que los esfuerzos sanitarios deben dirigirse a la prevención, parece algo elemental y obvio. Los logros en las enfermedades prevenibles por vacunación son incontrovertibles como también lo son los de diagnóstico preclínico y los de manejo individual de los factores de riesgo como estrategias exitosas para preservar la salud y reducir la mortalidad temprana. Toda inversión en este sentido está perfectamente justificada, máxime que va a evitar tener que gastar en la curación o la atención crónica de enfermedades, cada vez más costosas. Los ejemplos de la erradicación de la viruela, del manejo del tabaquismo y la hipercolesterolemia son bastante convincentes.

No obstante, la aspiración de erradicar las enfermedades crónicas no trasmisibles parece hoy en día una ilusión, una quimera. En estos casos no basta aplicar una sola medida (como las vacunas), concentrarse en un factor específico de riesgo (como el colesterol) ni limitarse a un diagnóstico preclínico concreto (como en la citología exfoliativa vaginal) para lograr efectos substanciales. Aquí lo que se tiene que lograr es que las personas ¡cambien su estilo de vida! ¡Nada menos! Que dejen de comer como acostumbraron muchos años, que modifiquen el uso de su tiempo libre como nunca antes lo hicieron, que venzan la pereza a la que consideraban tener derecho después de tanto trabajar y esforzarse, que ejerzan su sexualidad de una forma distinta a como lo han hecho hasta ahora, que modifiquen su forma de beber alcohol que tanto les gusta. Estas enfermedades son consecuencia de la conducta humana con todo lo que implica de responsabilidad personal y de ejercicio de la libertad. Y no basta decretar lo que conviene hacer, ni recomendarlo o prescribirlo. No parece suficiente el legislar, prohibir y sancionar, sino que es necesario convencer. No sólo se trata de lograr que las personas ubiquen como un valor la preservación de la salud sino también que lo sean los hábitos saludables mismos. Para muchos adoptar estas conductas no sólo es un sacrificio, sino un atentado a sus libertades, cuya violación no sólo afecta su salud y su supervivencia, sino que los llena de culpas, a lo cual no son ajenos los propios médicos.

A mayor abundamiento, tal disciplina y sacrificio no garantiza la prevención en términos absolutos, tan sólo reduce su probabilidad, en la medida que se trata de enfermedades multicausales y el control de algunas de las causas (las que se pueden controlar) no las previene del todo.

Además, los estilos de vida saludables, si bien pueden disminuir los eventos cardiovasculares, de ninguna manera logran la inmortalidad, de modo que, acaso, cambiarán la causa de la muerte.

Pero todo lo anterior no le resta valor a la prevención, tan sólo la ubica en su verdadera factibilidad. Si a esto se suma la magnitud de las fuerzas que se oponen a los cambios en razón de la rentabilidad de los "malos hábitos" se completa el pesimista panorama.

Más que darse por vencidos anticipadamente, se requiere entender que lo que se necesita es un cambio cultural, que no basta exhibir a los glotones sedentarios, satanizar ciertos alimentos, prohibir los programas electrónicos o de televisión o sustituir las bebidas azucaradas.

La prevención de enfermedades frecuentmente es difícil de ubicar en la práctica. Se ha dicho que el éxito de la prevención es invisible, carece de dramatismo, frecuentemente requiere cambios persistentes de conducta y puede tardar mucho en lograr resultados. Las estadísticas vitales tienen poco efecto emocional y los beneficios no se revierten al pagador; el daño evitable se acepta como normal; las advertencias preventivas pueden ser inconsistentes. A pesar de sus obvias ventajas, las empresas no invierten en la prevención de las enfermedades de sus trabajadores. La prevención florecerá hasta que se incorpore como una cultura de salud.

Conclusión

Al ubicar la prevención de enfermedades en la adopción de ciertos estilos de vida favorables a la salud, irremediablemente se conforma como un atentado a las libertades. Sólo en la medida en que tal prevención se convierta en un valor que el individuo es capaz de defender y priorizar, el sacrificio adquiere sentido. La responsabilidad del médico entonces no es ordenar sino convencer, es alcanzar logros afectivos y no sólo cognoscitivos, es persuadir

para promover conductas y no sólo simularlas, es incorporar la salud auténticamente en la escala personal de los individuos. Por lo pronto, el valor de la medicina curativa no se puede cuestionar ni considerarla el mal menor puesto que se fracasó al prevenir. La enfermedad en su conjunto no es evitable en una sociedad como la nuestra; lo son ciertas enfermedades en algunos individuos y bajo determinadas circunstancias. Hoy por hoy, sin desdeñar los esfuerzos preventivos, es necesario estar al acecho de la aparición de daños para atenderlos oportuna y eficazmente.

REFERENCIAS

1. Historia Natural de la Enfermedad. BuenasTareas.com. Recuperado el 24 septiembre 2013 de http://www.buenastareas.com/ensayos/Historia-Natural-de-la Enfermedad/23345.html
2. León-Barúa R: Reflexiones sobre la esencia y campo de la medicina. Diagnóstico 2002;41-44.
3. López-Moreno S. Editorial: Salud pública y medicina curativa. Objetos de estudio y fronteras disciplinarias. Salud Pública de México 2000;42:2.
4. Feinstein A. Clinical Epidemiology II: The identification rates of disease. Ann Intern Med 1968:69:1037-1061.
5. Lifshitz A. La medicina personalizada no es sólo farmacogenómica. Med Int Méx 2009;25:335-336.
6. Fineberg HV. The paradox of disease prevention. Celebrated in Principle, Resisted in Practice. JAMA 2013;310:85-90.
7. Woolf SH. The power of prevention and what it requires. JAMA 2008;299:2437-2439.
8. Citado por Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1999: 43.