

## Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los *MESH*

“...esta medicalización es en realidad un aspecto de un fenómeno más amplio que es la medicalización de la existencia”.

MICHEL FOUCAULT (1926-1984)

A quien le haya llamado la atención este título, seguramente conoce los clásicos conceptos de medicina preventiva, curativa y de rehabilitación. Estas son estrategias para promover, preservar y restaurar la salud. Cualquier acto médico sobre una enfermedad también puede prevenir otra condición de peor pronóstico. Por tal motivo el concepto de medicina preventiva se relaciona en general con el ámbito de la Salud Pública en la que intervienen la comunidad y las autoridades sanitarias. La promoción del lavado de manos o las vacunaciones son ejemplos básicos de medidas de Salud Pública.

Una herramienta importante de la medicina preventiva es la atención primaria, actividad mucho menos espectacular que las grandes intervenciones quirúrgicas y trasplantes múltiples de órganos, pero de alto impacto en la sociedad debido a que ofrece mayor equidad en salud.

La definición de Salud de la OMS, incluida en el Preámbulo de la Constitución de la OMS, firmada en 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p 100), en vigencia desde 1948, dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Curiosamente, la definición no ha sido modificada desde entonces. Se trata de una definición positiva y comprehensiva (bio-psico-social). De acuerdo a ella, la salud es una utopía.

Se dispone de diversas propuestas superadoras de esta definición. Quien suscribe y aún no ha entrado en el tema Prevención Cuaternaria (por algo será), considera que, cualquiera sea la nueva definición de salud, no debería perder el contexto: La medicina no es una ciencia pura, forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder. Por lo tanto, es necesario desentrañar los vínculos que existen entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad<sup>1</sup>. La Salud Pública actual requiere de equipos multidisciplinarios, que incluyen médicos especialistas en salud pública y medicina comunitaria, en enfermedades infecciosas, epidemiólogos, bioestadísticos, microbiólogos, nutricionistas, veterinarios, abogados, economistas y sociólogos especializados, entre otros. Por lo tanto, existen vínculos estrechos entre la medicina, las ciencias básicas y los modelos económicos que determinan las políticas de salud a aplicar en la sociedad<sup>2</sup>.

La salud es un derecho humano básico. Es una meta social o una meta de orden público. Si la salud es un derecho, entonces es un bien social. La salud es una decisión política. Nuestro Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva dijo recientemente: “El futuro de la humanidad dependerá de nuestra habilidad para desarrollar una economía que no solo debe ser eficiente en el uso de recursos, sino también socialmente inclusiva”<sup>3</sup>.

Ahora sí: prevención primaria es el conjunto de actividades sanitarias que se realizan antes de que aparezca una determinada enfermedad. Prevención secundaria (diagnóstico precoz, cribado, o *screening*): es una actividad de carácter eminentemente epidemiológico, para detectar una enfermedad en una población determinada y asintomática, con el objetivo de disminuir su morbimortalidad. También se puede definir como la prevención dirigida a detectar y tratar la “enfermedad” que aún no es sintomática. Un ejemplo: dar isoniazida a los individuos tuberculino positivos (infectados pero no enfermos) contactos de casos de tuberculosis. La prevención terciaria está dirigida a aquellos que ya presentan síntomas de enfermedad (pacientes, enfermos) para prevenir mayor deterioro, síntomas recurrentes, y para evitar las causas que produjeron la enfermedad inicial.

## Prevención cuaternaria

Consultando *PUBMED* hallamos, en “prevention” 1 159 692 resultados; incluidos entre los *MESH*, “primary prevention” (105 269 resultados), “secondary prevention” (1318 resultados), “tertiary prevention” (6239 resultados): “quaternary” no está incluida entre los *MESH*. La búsqueda de “quaternary prevention” arrojó solo 13 resultados (hasta el 3 de marzo de 2013), de los cuales 9 son de autores españoles y 2 de autores brasileños. Otro artículo, de un servicio de Urología de Israel, se centra en la prevención cuaternaria e involucra a la población general así como a los profesionales de la salud. Ellos consideran que prevención cuaternaria es más que una noción semántica. Está implícito el concepto optimista de que la mortalidad y la morbilidad pueden ser reducidas aprendiendo de errores previos<sup>4</sup>. Finalmente, el artículo de Sharon Weinstein de EE.UU habla sobre la integración de los cuidados paliativos en oncología: si los cuidados son completamente implementados, el enfoque de cuidados paliativos integrados resultará en prevención cuaternaria, ejemplo: prevención del sufrimiento<sup>5</sup>. Es pertinente preguntarse por qué hay tan pocos artículos de autores anglosajones.

Prevención cuaternaria es el conjunto de intervenciones que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del intervencionismo médico y del sistema sanitario. El concepto fue introducido por el médico belga Marc Jamouille y fue recogido en el *Diccionario de medicina general y de familia* de la WONCA y concierne tanto a la atención primaria (p ej.: médico de familia) como a la hospitalaria<sup>6</sup>. Si aceptamos que el fundamento de la actividad médica es el *primum non nocere*, la prevención cuaternaria debería primar sobre otro tipo de prevención<sup>7, 8</sup>.

La provisión de intervenciones preventivas fue introducida en la década de los 50, en especial como parte de la atención primaria. La prevención siempre estuvo asociada a resaltar sus beneficios. Sin embargo, desde finales de los 70 se puso de manifiesto la falta de evidencia científica sobre esos beneficios esperados. Pero solo en los últimos diez años se ha considerado la posibilidad de que la prevención también puede tener efectos adversos<sup>9</sup>.

El conjunto creciente de actividades sanitarias caracterizadas por una dudosa utilidad para el individuo y la sociedad tiene un indudable beneficio para quienes las promueven y promocionan. Desde el punto de vista ético estas propuestas son inaceptables, pueden ser bien intencionadas pero carecen de crédito y de valor científico. Llevan a falsas conclusiones a través de medias verdades, extrapolaciones atrevidas, interpretaciones sesgadas, afirmaciones inciertas y/o sobre simplificaciones<sup>10</sup>. Se toma envejecimiento como enfermedad y se enfatiza la búsqueda de la salud hasta transformarla en enfermedad. ¿Quién será el profesional privilegiado que vea a la última persona sana?<sup>11</sup>.

## Algunos aspectos sociales y económicos

Ivan Illich (1926-2002) nos propone un análisis social sobre la medicalización de la vida cotidiana. Culpar a la industria farmacéutica de la adicción a los medicamentos prescritos es tan irrelevante como culpar a la *mafia* del uso de drogas ilegales. La actual pauta de consumo excesivo de medicamentos solo puede explicarse como resultado de una creencia que hasta ahora se ha desarrollado en cada cultura, donde el mercado para bienes de consumo ha alcanzado un volumen crítico. Esta pauta es consecuente con una sociedad orientada hacia el enriquecimiento sin límites. En tal sociedad, la gente llega a creer que en la asistencia a la salud la tecnología puede usarse para cambiar la condición humana de acuerdo a casi cualquier diseño. El sobre consumo refleja una apetencia sentimental, socialmente autorizada<sup>12</sup>.

Desde el punto de vista económico, se puede hablar de la “demanda inducida por el proveedor”. Por ejemplo, a más hospitales, mayor actividad hospitalaria sin que necesariamente se acompañe de mayor salud de la población. Más atención sanitaria no siempre es mejor que menos atención sanitaria. La reducción e incluso eliminación de las prácticas médicas innecesarias puede producirse sin impacto alguno en la salud de la población. No se trata solo de actuar sobre la alta tecnología de efectividad no probada o sobre el tratamiento intensivo de pacientes en etapa terminal, sino también hacerlo sobre las pequeñas indicaciones diagnósticas y terapéuticas cotidianas<sup>10, 13</sup>.

### Ejemplos cotidianos

Hay diversos ejemplos de prácticas innecesarias, inadecuadas, dañinas y/o sobre utilizadas en atención primaria<sup>6-8, 10</sup>.

- Chequeos analíticos regulares en individuos sanos (niño, adolescente).
- Búsqueda de osteoporosis en mujeres jóvenes.
- Terapia hormonal sustitutiva durante la menopausia en mujeres sanas.
- Solicitud de PSA para el cribado de cáncer de próstata.
- Prescripción de hipolipemiantes en pacientes sin antecedentes coronarios y bajo riesgo.
- Sangre oculta en materia fecal para el cribado sistemático de cáncer de colon.
- Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de bajo riesgo por encima de 65 años.
- Cribado de hemocromatosis
- Cribado de neuroblastoma.
- Radiografías para lumbalgias agudas.
- Uso indiscriminado de nuevos antidepresivos (conforme nuevas definiciones del CE-10)
- Prescripción de hipocolesterolemiantes (conforme los nuevos puntos de corte de valores normales de colesterol).
- Radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada.
- Solicitud de marcadores tumorales para *screening* de tumores.

En el momento de adoptar medidas preventivas, el pánico jurídico (o medicina defensiva) puede jugar un rol muy importante: un profesional fue demandado por no haberle bajado el colesterol a un paciente que sufrió un infarto.

### Poder médico y factores de riesgo

El poder médico para definir salud, enfermedad y factor de riesgo, ha generado una población de a) sanos, por ausencia de contacto con el sistema sanitario y no ser suficientemente estudiados, b) sanos preocupados por los factores de riesgo y la probabilidad de estar enfermos, c) sanos estigmatizados con algún factor de riesgo (hipercolesterolemia), que son incorporados al círculo de cuidados sanitarios, d) enfermos reales o imaginarios por transformación de un factor de riesgo en seudo enfermedad<sup>7</sup>. Factor de riesgo es lo que se puede evitar para disminuir la probabilidad de tener una enfermedad. Pero de hecho, no pocos médicos y muchos legos consideran al factor de riesgo como agente etiológico. La ambigüedad del concepto no es casual ni inocente, y se basa en un proceso de concatenación de episodios que se fueron asociando causalmente de forma inadecuada. Esto está presente tanto en médicos como legos. La emergencia de nuevas entidades tales como prediabetes, pre hipertensión, síndrome metabólico, bien pueden servir de ejemplos.

Pero el factor de riesgo ni es necesario ni es suficiente para que se presente la enfermedad, es algo que se asocia estadísticamente (y en forma plausible) con la enfermedad, cuya supresión o evitación puede disminuir el riesgo de padecerla, pero no la excluye. El intento de trasladar los resultados de grupos y poblaciones a los pacientes individuales constituye una verdadera tragedia. Como consecuencia, el factor de riesgo toma vida propia: nace con titubeos, con observaciones no relacionadas causalmente pero si temporalmente. En su adolescencia, crece ayudado por el desarrollo de una tecnología y/o un fármaco que produce rédito económico sectorial (se hacen consensos, se redefinen límites de normalidad, se hacen revisiones sobre los beneficios que aporta su control). Finalmente ese factor de riesgo se hace adulto, es decir, se convierte en enfermedad (hipercolesterolemia) y puede reproducirse (dislipemia, obesidad, y finalmente, síndrome metabólico)<sup>14</sup>.

### Cómo ejercer la prevención cuaternaria.

Se trata de decir *no* y de tener pensamiento crítico. La prevención cuaternaria es una cuestión social que interesa al conjunto de la población, a sanos y a enfermos, especialmente en el contexto actual de creciente medicalización<sup>6</sup>.

En la práctica es prevención cuaternaria la firme y continua resistencia frente a la intervención sanitaria innecesaria, preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica.

Esto intenta la desmedicalización de la vida diaria ante el abuso de la definición de salud, enfermedad y factor de riesgo. En un sentido radical, simplemente se trata de no utilizar lo innecesario. En la práctica se trata de buscar alternativas no intervencionistas, especialmente en poblaciones de pacientes frágiles, ancianos y con enfermedades crónicas<sup>7, 8</sup>.

La prevención cuaternaria exige resistir las modas dictadas por consensos, protocolos, guías prácticas sin el rigor científico correspondiente. La clave de la prevención cuaternaria es no iniciar cascadas, no clasificar a los pacientes. Obliga a resistir a la corporación profesional-tecnológico-farmacéutica y también a los medios de difusión y a los mismos "pacientes" consumidores de esa información. Se debe también denunciar noticias sensacionalistas en el campo de la salud<sup>15</sup>.

En definitiva, es necesario analizar los efectos adversos de medidas preventivas, algunas ya implantadas en la práctica, con base en la evaluación crítica del balance costo-beneficio, antes de incluirlas en la cartera de servicios<sup>9</sup>. En contrapartida, es posible que se produzca daño al ofrecer prevención cuaternaria en el día a día con el paciente. No es razonable entonces aceptar sin críticas todas las propuestas de prevención cuaternaria<sup>6</sup>. Se necesitan más investigaciones específicas, y al mismo tiempo es necesario desarrollar y difundir una crítica (en el sentido *kantiano* de la palabra) de la prevención cuaternaria para detener la implantación de pautas preventivas, curativas, diagnósticas y terapéuticas que sean de dudoso beneficio.

Eduardo L. De Vito

Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari,  
Universidad de Buenos Aires  
e-mail: eldevito@gmail.com

1. Foucault M. Estrategias de poder. Volumen II, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1999.
2. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *jech.bmj.com* 1 October 2008 En: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center>; consultado 8/2/2013.
3. Barañao L. El futuro de la humanidad. Desarrollo, crecimiento y desafíos científicos. Presentación efectuada en la Sesión Plenaria del Foro de Ciencia, Tecnología y Sociedad realizado en Kyoto en octubre de 2012. En: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/cash/17-6388-2012-11-04.html>; consultado 8/2/2013.
4. Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Quaternary prevention: a new look at an old challenge. *IMAJ* 2000; 2: 498-500.
5. Weinstein SM. Integrating palliative care in oncology. *Cancer Control* 2001; 8: 32-5.
6. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de García L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en Medicina de Familia* 2012; 8: 312-7.
7. Gervas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl): 66-71.
8. Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl): 127-34.
9. Márquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22 (Supl): 205-15.
10. Gervas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac Med Bilbao* 2007; 104: 93-6.
11. Semeniuk GB. La última persona sana. La vara de Esculapio y el caduceo de Mercurio. *Medicina (B Aires)* 2008; 68: 258-60.
12. Illich I. Némesis Médica. Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. La expropiación de la salud, 1978.
13. Ortún Rubio V. La demanda inducida por el hospital. *Gac Sanit* 1986; 26: 64-7.
14. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009; 25: 2012-20. En: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en&nrm=iso); consultado 04/03/2013.
15. Monteagudo Montesinos E, Vidal Micó S. Prevención cuaternaria *An Pediatr (Barc)*. [CD-ROM]. 2005; 62: 286-8.