

PREVENCIÓN CUATERNARIA:
TEORÍA Y PRÁCTICA EN LA CONSULTA, LA ENSEÑANZA Y LA POLÍTICA
SANITARIA, Y SU RELACIÓN CON LA EQUIDAD Y EL COSTE^{1,2}

El profesional sanitario se rige por el viejo *primum non nocere*.

Es decir, es fundamental no empeorar el curso natural del enfermar, entendiendo por tal el desarrollo de la enfermedad y de la muerte sin la intervención profesional. Del mismo modo, la intervención no debería empeorar la salud en general, en el individuo y en la población.

Con el desarrollo científico y tecnológico cada vez es más fuerte el impacto de la actividad sanitaria en la vida de personas y comunidades. En gran parte el impacto es beneficioso, como se ha visto durante siglos con las vacunas y más recientemente con los antibióticos, o desde siempre con el uso de técnicas varias para controlar los síntomas previos a la muerte.

Pero no hay bien perfecto, y el beneficio se hace siempre a costa de algunos daños (por ejemplo, efectos adversos de medicamentos, o de la prevención). Por ello es importante determinar el balance entre beneficios y daños, y valorar el coste y los valores implicados en la selección de la mejor alternativa. Es importante tener en cuenta que los beneficios y daños son probabilísticos y no suelen coincidir en el mismo individuo

Como consecuencia de las mejoras sociales y económicas, y de la mejor sanidad (y su financiación pública), se ha incrementado la expectativa de vida, la supervivencia con enfermedades crónicas y

-
- 1 Seminario de Innovación en Atención Primaria, realizado en Barcelona, el 2 de octubre de 2011. El trabajo virtual (*on line*) comenzó en abril de 2011. Participaron como ponentes Marc Jamouille (médico general, Bélgica), Gustavo Gusso (médico de familia, Brasil), Beatriz González López-Valcárcel (economista, España), Vicente Ortún (economista, España) y Juan Gérvas (médico general, España). Desarrolló el papel de secretario científico Raimundo Pastor Sánchez (médico general, España). Asistieron al encuentro presencial: Aina Perelló Bratescu, Ana Luque Alonso, Angels Rovira, Anna María Speciale, Antoni Agustí Martí, Armando Henrique Norman, Blanca de Gispert, Concha Violán Fors, Elena Serrano, Esther Limón Ramírez, Fernanda Melchior, Francisco Hernansanz, François Menerat, Helena Roig Carrera, Idoia Alcorta Michelena, Javier Padilla Bernáldez, Jorge Bernstein, José Manuel Millarnelo, Judit Pertíñez Mena, Julián Errasti Morales, Laura Balagué Gea, Laurent Letrilliat, Luís Filipe Cavadas, Manel Anoro, María de la O Gracia Moliner, María José Fernández de Sanmamed, Mercedes Pérez Fernández, Miguel Ángel Prieto García, Miguel Pizzanelli, Mireia Fabregas, Nani Palermo, Pauline Boeckxstaens, Pascual Solanas Saura, Raquel Gómez Bravo, Ray Simkus, Rosa Pérez, Salvador Casado, Sandro R. Rodrigues Batista, Susana García Pleyan, Sebastián Juncosa, Teresa Martínez Ruiz, Thaïs Clusa, Thomas Kühlein, José Valderas Martínez, Tiago Villanueva, Txema Coll.
 - 2 Resumen personal y subjetivo de Juan Gérvas, con objeto de difundir lo principal del seminario presencial. En la duda jgervasc@meditex.es. Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

el número de contactos con los especialistas (y el riesgo de una atención sincopada y fragmentada). Además, las intervenciones sanitarias son cada vez más precoces, más diversas, más potentes, y para más problemas de salud. Con todo ello aumentan los beneficios, pero también se incrementa la probabilidad de provocar daños que superen los beneficios. Además, las poblaciones y los individuos "expuestos" a las intervenciones son cada vez más sanos y la industria sanitaria tiene cada vez más importancia económica y la salud constituye cada vez más un campo de negocios. Es por ello más difícil seleccionar y coordinar los servicios que aportan el máximo de beneficios con el mínimo de daños, a los individuos y a las poblaciones.

Gran parte del viejo *primum non nocere* se ha convertido en un principio básico de actuación, en la prevención cuaternaria. Es prevención cuaternaria la evitación del daño que causa la actividad del sistema sanitario, especialmente la evitación de la actividad innecesaria e inapropiada, la evitación de actividades sin eficacia y/o efectividad, y la evitación de la medicalización.

En la práctica, hacer prevención cuaternaria es utilizar servicios y tecnologías sólo cuando es probable que los beneficios superen a los daños. Es decir, se trata de buscar la mejor alternativa, la que produce más beneficios con menos daños, y no siempre es una simple negativa. A veces es justo lo contrario, una intervención activa; por ejemplo, para llevar/derivar al paciente al profesional que mejor puede ayudar en su problema, en el momento y lugar más adecuado.

La propia prevención cuaternaria también puede conllevar más daños que beneficios y no se justifica por "la buena intención", sino por los hechos (por la consecución de la mejora en el estado de salud). Es decir, hay que ser precavidos y tener en cuenta que la prevención cuaternaria también puede hacer daños (como toda actividad sanitaria).

La prevención cuaternaria se refiere especialmente al campo en que el médico y el paciente se enfrentan al enfermar sin enfermedad, al sufrimiento sin diagnóstico. Es decir, se refiere a una ética de relación que pretende resolver con los mínimos daños posibles la demanda social e industrial insaciable, preventiva, curativa (diagnóstica y terapéutica) y rehabilitadora.

En lo normativo-utópico, el sistema sanitario se rige por los valores de la salud, la solidaridad, la tolerancia y la transparencia. La salud tiene tal poder simbólico que se convierte en un imperativo, hasta hacer vivir la enfermedad como fracaso, y el encuentro entre paciente y profesional como un

enfrentamiento angustioso en la búsqueda de una salud imposible. Esta visión individual no debería hacer perder la perspectiva social, la que busca equidad.

Es equidad un juicio social acerca de la tolerancia a las diferencias evitables, en este caso en salud. Es, pues, una percepción que cambia con la cultura, el tiempo y la geografía. Hay que valorar la equidad positiva, la que reflejan los hechos, más que la equidad normativa-utópica, que responde a ideales.

Lo más equitativo es que reciban servicios eficientes los que más lo necesitan. Y "podar" los servicios que se ofrecen pero carecen de coste-efectividad.

Cuando disminuye la solidaridad y la compasión (como en tiempos de crisis económica) disminuye la equidad, pues los que más cuidados necesitan suelen resultar "extraños a la tribu", son marginados, y acaban teniendo problemas de acceso y en el proceso (y, por consecuencia, en el resultado en salud). Los unos (los "otros") reciben de menos, mientras los "nuestros" reciben de más. En estos es clave la prevención cuaternaria individual negativa (evitar excesos en pacientes), en aquellos la prevención cuaternaria colectiva positiva (evitar omisiones en poblaciones).

Las mayores diferencias evitables en salud se deben a los marcadores socio-económicos (las diferencias de clase), pero también a variaciones geográficas que pueden superarlos en grados de magnitud. Es importante, pues, la transparencia de datos y la adecuación, efectividad y calidad de los servicios locales prestados. Se podría utilizar de "patrón oro" temporal aquellas zonas geográficas que obtengan mejores resultados en salud con mejor uso de los recursos.

Conviene rechazar la magia de una "genomancia" que pretende ofrecer cuidados personalizados basados en la genética al tiempo que ignora una visión holística de la persona y del enfermar. La genómica se presenta como una medicina personalizada, pero es sólo otra forma de estratificar, con menos poder predictivo que la estratificación por clase social.

Los servicios a ofrecer no deberían basarse en magia, sino en estudios de coste-efectividad y en la búsqueda de la equidad. Podríamos ofrecer, así, los mejores servicios posibles al máximo de población posible. Para ello hay tener en cuenta que el objetivo del sistema sanitario no es "ahorrar" sino lograr un balance socialmente tolerable entre los beneficios y los daños, entre la efectividad y

los costes. El problema en España es la falta de transparencia y rigurosidad, la ausencia de datos precisos, por lo que los costes unitarios suelen proceder de una fuente privada (Soikos) sin control ni valoración externa de su calidad.

La prestación de servicios por profesionales de atención primaria competentes, que controlen tiempos e incertidumbre, y que se centren en la persona es condición que facilita la prevención cuaternaria. Lo clave en primaria es el conocimiento del paciente, en su contexto familiar y social, pues permite "ajustar" los servicios a las necesidades (teniendo en cuenta las expectativas y los valores de los pacientes y poblaciones).

El óptimo social no es siempre el óptimo individual. En las decisiones clínicas se busca éste último, en las de política sanitaria el óptimo social. El óptimo individual se logra en cada caso con el compromiso profesional del trabajo con ética de la negativa (rechazar cortés, firme y científicamente los excesos de pacientes y gerentes) y con ética de la ignorancia (compartir con pacientes y gerentes las limitaciones de las ciencias de la salud).

La coordinación de cuidados por el médico general/de familia es parte de la prevención cuaternaria, en cuanto "defiende" al paciente de los excesos de la atención fragmentada de algunos especialistas (y de las promesas "imposibles" de algunos políticos). Contar con una lista de pacientes y tener función de filtro facilita la longitudinalidad (atención por el mismo médico a lo largo del tiempo, y en diversos problemas y situaciones). El trabajo en equipo facilita el *mix* de capacidades y habilidades que permite ofrecer prevención cuaternaria al paciente en la consulta y el domicilio.

¿Cómo introducir la *escepticismo* en los ambientes habitualmente *asépticos* en que se forman los estudiantes y los residentes? ¿Cómo enseñar la prevención cuaternaria? Puede ayudar la exigencia ética del *primum non nocere*, pero se hacen necesarios métodos docentes que utilicen técnicas específicas, como la narrativa de los casos clínicos de "excesos" para revertir la tendencia al "error por acción" (sin llevar al "error por omisión").

Valdría la pena estudiar el caso español, de los estudiantes de Medicina agrupados en Farmacríticxs (<http://farmacriticxs.blogspot.com/>), activos frente a los excesos de la medicina y ante la medicalización.

En todo caso, la práctica y difusión de la prevención cuaternaria precisa de líderes clínicos que unan al conocimiento y el prestigio la creencia en una utopía capaz de movilizar a los profesionales sanitarios.

NOTA:

El Seminario fue, y es (continúa en la Red), actividad sin humos industriales ni empresariales. La reunión presencial se celebró en domingo, de 09,00 a 15,00 horas. Los ponentes y asistentes se hicieron cargo de los gastos de viaje, manutención y alojamiento.

La reunión presencial se realizó en la sede de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad, que abrió sus puertas en festivo, dio acceso a todos sus recursos y facilitó la presencia de una secretaria, Inés Barea (excelente profesional). Nuestro agradecimiento por tal cooperación.

Hubo mayor participación internacional al desarrollarse el Seminario como actividad previa a la reunión del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de Médicos Generales/de Familia), y al trabajar con tele-conferencia. Además de España, hubo participación de Alemania, Argentina, Bélgica, Brasil, Canadá, Francia, Portugal y Uruguay.

Hay material adicional en

<http://twubs.com/siap2011>

<http://www.youtube.com/watch?v=qXIXK5ys7IM>