

PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA COTIDIANA: UN IMPERATIVO ÉTICO

RAM REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Vol 2 | Núm 2 | May 2014

Páginas 19-22

Recibido: 15/02/2014

Aceptado: 30/04/2014

QUATERNARY PREVENTION IN THE CLINICAL DAILY PRACTICE: AN ETHICAL IMPERATIVE.

Acuña MG.

Médico.

Especialista en Medicina Familiar y General.

Presidente de la Federación Argentina de

Medicina Familiar y General.

Docente de la carrera de Medicina de la

Universidad Nacional de La Matanza.

RESUMEN

El concepto de Prevención Cuaternaria fue aceptado por la Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos de Familia y Generalistas (WONCA) en 2003, a partir de la necesidad percibida de promover acciones que busquen proteger a los pacientes de acciones médicas innecesarias y prevenir la iatrogenia, como un imperativo ético. Desde entonces, viene consolidándose la necesidad, desde la Salud Pública, de considerar seriamente sus principios en la práctica cotidiana y en la toma de decisiones en políticas sanitarias. En procura de estos objetivos, en la Argentina se vienen realizando actividades que involucran a Sociedades Científicas y Universidades, con proyección internacional.

PALABRAS CLAVE Atención primaria de la salud; prevención; ética.

ABSTRACT

INTRODUCTION The concept of Quaternary Prevention was accepted by the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) in 2003, from the perceived need to promote action aimed to protect patients from unnecessary medical interventions and to prevent iatrogenic actions, as an ethical imperative. Since then, comes from the need to consolidate public health seriously consider its principles in every day practice and decision-making in health policy. In pursuit of these objectives, the activities have been under taken in Argentina involving scientific societies and universities, with international projection.

KEY WORDS: Primary Health Care; Prevention; Ethics.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Mario G. Acuña.

Barzana 1926 Dep 3. 1431CABA. Argentina.

E-mail: acunamg@gmail.com

Antecedentes

Desde hace cierto tiempo, la práctica médica y sus bases racionales, vienen mostrando características de intervencionismo y medicalización, que son en gran medida fuente de las propias limitaciones y consecuencias a nivel clínico, social y cultural (1). Según Bárbara Starfield (2), los daños causados por intervenciones médicas crecieron hasta el punto de tomar dimensión poblacional, al convertirse en la tercera causa de muerte en Estados Unidos, lo cual ha dado en un reconocimiento académico y social del potencial dañino en gran escala de las intervenciones sanitarias. Por su parte, en un sector de la co-

munidad médica, se comenzaba a trazar los lineamientos de un concepto vinculado con la iatrogenia y la medicalización: la Prevención Cuaternaria.

Este concepto surge como una forma de reacción a la iatrogenia nacida y producida por la propia profesión médica, y se vincula íntimamente a la práctica y la ética del cuidado de la vida y de las personas. Si bien aún no está bien establecido cuál es su lugar y significado, ciertamente merece atención y debate en la salud pública, dado su potencial de contribuciones en el área.

El concepto ha sido propuesto y está siendo desarrollado por algunos grupos dentro de la profesión médica, si bien debe reconocerse que desde otras disciplinas como la sociología o la antropología, los procesos medicalizadores, las relaciones de poder, la mercantilización de la salud y su transformación en un bien de consumo vienen siendo estudiados desde hace tiempo. Basta como ejemplo los estudios de Foucault sobre el Nacimiento de la Clínica, o mismo los estudios de Eduardo Menéndez sobre el Modelo Médico Hegemónico. La importancia del aporte que significa que el tema entre en la agenda de los médicos radica en su poder de intervención sobre la salud –y la vida– de los usuarios de los servicios de salud y en cuanto al poder de provocar daños, que es el foco de la Prevención Cuaternaria.

El concepto de Prevención Cuaternaria

Acuñado por un médico de familia belga, Marc Jamoulle (3), el concepto de Prevención Cuaternaria buscó sintetizar varios criterios y propuestas para analizar y operar sobre los excesos en las intervenciones y los procesos de medicalización, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. Jamoulle presentó su propuesta en 1999, y fue oficializada por la World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/FamilyPhysicians en 2003.

En su presentación, definió Prevención Cuaternaria como la detección de individuos en riesgo de tratamiento excesivo, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas inapropiadas y sugerirles alternativas éticamente aceptables (4). Puesto que uno de los fundamentos centrales de la medicina es el *primum non nocere* (primero, no dañar), la Prevención Cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o curativa (5).

El concepto de Prevención Cuaternaria involucra diferentes aristas y perspectivas en aspectos éticos, filosóficos y técnicos y en su modo de incorporación a la práctica médica, exigiendo el dominio de conocimientos y competencias médico-epidemiológicas, además del desarrollo del "arte de curar", depositado en la relación médico-paciente, en la sabiduría práctica y en la contextualización que la práctica del cuidado permite desarrollar.

Este tal vez haya sido uno de los motivos que expliquen por qué el concepto de Prevención Cuaternaria fue desarrollado por los médicos especialistas contemporáneos que se proponen cuidar de las personas longitudinalmente: los Médicos de Familia, Clínicos y Generalistas. En su matriz, se propone rescatar y desarrollar la antigua medicina general, que permite al mismo profesional la experiencia de cuidar de un conjunto de personas con diversos tipos de problemas de salud, a lo largo del tiempo (6).

La Prevención Cuaternaria se inscribe, de alguna manera, en el contexto clásico de los tres niveles de prevención de Leavell & Clark (7), que clasificaba la prevención en primaria, secunda-

ria y terciaria. La Prevención Cuaternaria aparece, entonces, como un cuarto tipo de prevención, no relacionada al riesgo de enfermedades, sino al riesgo de iatrogenia, de intervencionismo diagnóstico y terapéutico excesivo y de medicalización innecesaria. Por su parte, Gérvas define Prevención Cuaternaria como la acción que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo que implica las actividades médicas innecesarias (8).

En la actual conjuntura, se destaca la Prevención Cuaternaria por ser immanente a todos los otros niveles de prevención, incluyendo la llamada prevención primordial, o bien, evitar el establecimiento de modos de vida que contribuyan a un riesgo aumentado de enfermar (9), y la promoción de la salud, revalorizada después de la Carta de Ottawa (10).

Debe considerarse que no todas las intervenciones médicas benefician a las personas de la misma manera. Incluso, cuando son innecesarias o excesivas, pueden perjudicarlas. En este sentido, existen frecuentemente excesos en las medidas preventivas y diagnósticas en adultos y niños, asintomáticos y enfermos. Todas las intervenciones tienen la posibilidad de producir un daño, de modo que, cuidados en el área de lo curativo como en lo preventivo, pueden comportarse como un factor de riesgo para la salud si son excesivos. Aún más, en tiempos en que se están promoviendo drogas como medida de prevención –como en el caso del colesterol, por ejemplo– pasamos a hablar de un número de pacientes susceptibles de tratamiento muy grande, donde la expansión de la exposición a las drogas puede causar importantes daños a nivel poblacional (11,12).

Con el correr de los años, nos encontramos con un umbral terapéutico más bajo para la intervención médica, en parte por tendencias en los profesionales, pero también por presiones desde la misma sociedad, en donde la salud, para muchos, ha pasado a percibirse como un bien de consumo. La prevención ha sido tradicionalmente enfocada sobre la enfermedad y el concepto de enfermedad se va modificando a lo largo del tiempo, modificándose los puntos de corte -biométricos o subjetivos- para designar qué es considerado enfermedad. En este sentido, se produce, entonces, una invasión en lo que antes era considerado normal y, por su parte, los factores de riesgo están siendo considerados como equivalentes a enfermedades, por lo que la diferencia entre prevención y cura se torna cada vez más indefinida. Con esto, la definición de "pre-enfermedades" o la consideración de factores de riesgo como si fueran enfermedades, son prácticas medicalizadoras cada vez más comunes. En este campo pueden incluirse como ejemplo, determinadas metas para el colesterol o la hipertensión, puntos de corte para definir osteopenia u obesidad. La comercialización de medicamentos preexistentes pero indicados a personas sanas produce una expansión enorme del mercado de esas drogas, con el consiguiente aumento de los costos para la sociedad y los servicios de salud, sin contar que, además, es una práctica que puede afectar la calidad de vida de las personas al convertir a un sujeto sano en un paciente enfermo (13).

Como resultado de este proceso, se observa menos tolerancia con las variaciones del proceso salud-enfermedad individual, lo cual promueve que los médicos intervengan más precozmente, con un umbral más bajo para detectar patologías. El margen de percepción de "normalidad" disminuye, aumentan los diagnósticos y se indican más intervenciones, con el afán de perseguir a la mítica "salud perfecta". Sin embargo, el margen entre los beneficios y los riesgos también disminuye. Cada vez más se atiende a pacientes con mayor intensidad de recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, incluso aumentando la inequidad al reforzar la práctica de la ley de cuidados inversos, es decir, dar más recursos a los que menos necesitan, y viceversa. Todo eso aumenta la probabilidad de daño innecesario por actividades sanitarias innecesarias (14).

Esto comienza a configurar los trazos para una justificación donde la Prevención Cuaternaria deba desarrollarse continuamente dentro de la actividad clínica, de modo de evitar usos innecesarios y el consiguiente riesgo de las intervenciones médicas, como forma de vulneración de los derechos de los ciudadanos. Además, en términos poblacionales, la Prevención Cuaternaria proporciona una respuesta al crecimiento de los gastos en cuidados de salud, proporcionando la racionalidad del tratamiento, la utilización más criteriosa de los recursos y el mejoramiento de la calidad de la actividad profesional (15).

Podemos citar varios ejemplos de situaciones donde la balanza entre beneficios y perjuicios se puede inclinar por la segunda:

- ⚡ el exceso de programas de rastreo, muchos de ellos sin adecuado sustento científico;
- ⚡ medicalización de factores de riesgo;
- ⚡ solicitud de exámenes complementarios innecesarios;
- ⚡ exceso de procedimientos diagnósticos, favoreciendo el rotulado de cuadros no encuadrables en la nosografía biomédica, creándose cuadros como el síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, cefaleas inespecíficas, entre otros, o bien, el concepto de MUPS (Medically Unexplained Physical Symptoms), situaciones en que hay síntomas físicos sin causa orgánica definida (16).
- ⚡ medicalizaciones innecesarias de eventos vitales o padecimientos benignos autolimitados (contusiones, partos, resfriados, lutos, etc.), que redefinen un número creciente de problemas de la vida como problemas médicos;
- ⚡ pedidos de exámenes o tratamientos debido al miedo de los pacientes o presión de pacientes muy medicalizados;
- ⚡ intervenciones en razón del miedo de los médicos, la llamada medicina defensiva.

También, vale reconocer el potencial iatrogénico que tiene la palabra, toda vez que un diagnóstico puede actuar como una

profecía autocumplida. Referirse a un paciente como "neurótico" puede servir para estimular y perpetuar determinadas características (17). Expresiones comunes pueden causar daño cuando el profesional afirma, como un veredicto, que una enfermedad no tiene cura y/o afirma diagnósticos o pronósticos que se fijan en los pacientes, como, por ejemplo, "herida en el útero", "tomar remedios para siempre", "sinusitis crónica" (18).

De este modo, la Prevención Cuaternaria puede ser el simple –aunque difícil– bloqueo de las cascadas de atención innecesarias, o el simple "esperar y ver" en el acompañamiento de los problemas de las personas (19). También se trata de Prevención Cuaternaria cuando hablamos del análisis crítico de las campañas de prevención innecesarias –o de dudosos beneficios–, para dar a los pacientes una oportunidad de decisión informada, o bien el advertir a los pacientes de los abusos de la genética, tanto en el diagnóstico de enfermedades genéticas como en las pruebas de "factores de riesgo genético" (12).

La Prevención Cuaternaria procura prevenir los efectos de esas situaciones, proveyendo cuidados médicos científica y médicamente aceptables, necesarios y justificados, con el máximo de calidad y el mínimo de intervención posible, basada en dos principios fundamentales (20):

⚡ Proporcionalidad: los beneficios deben superar los riesgos.

⚡ Precaución: una versión práctica de *primum non nocere*.

La Prevención Cuaternaria obliga a resistir a las modas impuestas por consensos, protocolos y guías sin fundamento científico, a la corporación profesional-tecnológico-farmacéutica e, inclusive, a la opinión pública. Implica, además, un compromiso ético y profesional, la ética de la negativa, basada en la recusación de intervenciones innecesarias (19,20).

En la práctica clínica en Atención Primaria, la Prevención Cuaternaria debe ser una actividad constante. Implica la resistencia firme ante los abusos en las definiciones de salud o a qué se llama factor de riesgo y enfermedad. Exige autonomía, conocimiento científico sólido, habilidades de comunicación, flexibilidad, independencia y resolutivez clínica. La opción por la Prevención Cuaternaria parte de un compromiso con los pacientes y con la profesión que se ejerce. Es parte del contrato social implícito entre la profesión médica y la sociedad: expresión del pacto por el cual la sociedad delega en los médicos grandes poderes y grandes responsabilidades, a cambio de que hagan lo que corresponde (6).

Siguiendo con estos conceptos y convicciones, varios grupos de profesionales vienen desarrollando actividades de difusión y fortalecimiento de la Prevención Cuaternaria en diferentes países y regiones del mundo. En Argentina, por ejemplo, una de las iniciativas de revisión crítica de la práctica profesional involucra a representantes de varias sociedades científicas y universidades, con el objeto de lograr acuerdos y consensos, pero, sobre todo, de transmitir el mensaje y los valores de la

Prevención Cuaternaria. Allí, podemos mencionar a representantes de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFYG), la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), la Sociedad Argentina de Medicina (SAM), Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), la Universidad de La Matanza, y otras organizaciones e instituciones que se van sumando en el proyecto. Asimismo, en la región, acaba de crearse el Grupo de Trabajo en Prevención Cuaternaria de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF-WONCA), con representantes de los países integrantes de la misma, pero abierto a otras sociedades e instituciones que quieran plegarse a la iniciativa.

Sin duda, hablar de medicalización y el daño potencial de las acciones médicas es un discurso que puede sonar contradictorio para el público general. La construcción del concepto de Proceso Salud-Enfermedad-Atención sabemos que está atravesada por múltiples factores, económicos, sociales, políticos, culturales, etc. Hoy día, no podemos pensar en una definición de Salud sin pensar en los procesos críticos de su determinación (21). En ese marco de complejidad, incertidumbres y contradicciones, es un imperativo ético para los profesionales de la salud el que revisemos nuestras prácticas cotidianas, protegiendo a nuestros pacientes, en defensa de la vida.

Referencias

1. Menendez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*;1(1):9-32.2005.
2. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, serviços e tecnologia. 1a Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde;2002.
3. Jamoulle M. Quaternary prevention: prevention as youn ever Heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/familypractice). <http://www.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html> (consultado 24/05/2014).
4. Bentzen N. WONCA dictionary of general/familypractice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
5. Gérvas J. Innovación tecnológica en medicina: una visión crítica. *Revista Portuguesa de Clínica General* 2006;22:723-7.
6. Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *Visión profesional desde la medicina general. Médico (México)* 2005;940:11-4.
7. Leavell, H. R., Clark, E. G., Donnangelo, M. C. F., Goldbaum, M., Ramos, U. S., & de Vasconcelos Costa, L. *Medicina preventiva*.1976
8. Gérvas J, Pérez-Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8:205-18.
9. Almeida LM. Da prevenção primordial à Prevenção Cuaternaria. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2005;23:91-6.
10. Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
11. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-3.
12. Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y Prevención Cuaternaria. el ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003;32:158-62.
13. Montori V, Isley W, Guyatt G. Waking up from the dream of preventing diabetes with drugs. *BMJ* 2007;334:882-4.
14. Gérvas 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 Suppl 3:66-71.
15. Hespanhol A, Couto L, Martina C. A medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica General* 2008;24:49-64.
16. Mayo R. Medically unexplained physical symptoms: do not over investigate. *BMJ* 1991; 333:534-5.
17. Yalom I. *Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de Janeiro: Ediouro;2006.
18. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde Quaternary prevention in primary care: a necessity for the Brazilian Unified National Health System. *Cad. Saúde Pública*; 25(9):2012-2020. 2009.