

Implicancias éticas, pedagógicas, socio-políticas y antropológicas de la Prevención Cuaternaria*

Marc Jamouille¹, Michel Roland², Jon-Myon Bae³, Bruno Heleno⁴, Giorgio Visentin⁵, Gustavo Gusso⁶, Maciek Godycki-ćwirko⁷, Miguel Pizzanelli⁸, Patrick Ouvrard⁹, Ricardo La Valle¹⁰, Filipe Gomes¹¹, Daniel Widmer¹², Jorge Bernstein¹³, Mariana Mariño¹⁴, Hamilton Lima Wagner¹⁵, Ilario Rossi¹⁶.

1. MD, PhD. Family Physician, researcher, University of Liège (ULg), Belgium; University Isalud, Buenos Aires, Argentina.
2. MD, PhD. Family Physician. Emeritus professor of family medicine, Free university of Brussels (ULB). President of Médecins du Monde, Belgium
3. MD, PhD. Professor of preventive medicine, Jeju National University, South-Korea.
4. MD, PhD. Family Physician. Centro de Salud de Lumiar. Profesor Asistente, Nueva Universidad de Lisboa, Portugal.
5. MD. Family Physician, Specialist in emergency medicine. Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale. Milan, Italy.
6. MD, PhD. Family Physician. Professor of primary care and family medicine at University of São Paulo, Brazil.
7. MD, PhD. General Practitioner, Professor, Centre for Family & Community Medicine, Division of Public Health, Faculty of Medical Sciences, Medical University of Lodz, Poland
8. MD, MSc. Family Physician, Assistant professor of Family and Community Medicine, University of the Republic (UDELAR), Florida, Uruguay. President of the Special Interest Group of WONCA on Quaternary prevention and overmedicalization.
9. MD. Family Physician, Director of research of the French society for teaching in Medicine (SFTG). Paris, France. Vice-president of European Union of General Practitioners (UEMO)
10. MD, PhD. Family physician. Department of Family Medicine. University of Buenos Aires. National University of Hurlingham. Argentina
11. MD, PhD. Family Physician. Emeritus professor of Family Medicine, Faro University. Portugal
12. MD. Family Physician. Lecturer in Family Medicine, University of Lausanne. Switzerland. Vice-president of European Union of General Practitioners (UEMO)
13. MD. Psychiatrist, president of the Quaternary Prevention Commission of the Argentine Federation of General and Family Medicine (FAMFyG), President of the Chapter of Quaternary Prevention of the Association of Psychiatrists of Argentina. Buenos Aires. Argentina.
14. MD.MSc. Sociedad Argentina de Medicina Internal General (SAMIG). Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
15. MD. Masters in Surgery. Family and Community Medicine, Preceptor of the residency program in Family and Community Medicine at Health Secretariat of Curitiba, Brazil
16. MA. PhD. Anthropologist, Professor, THEMA - Institute of Social Sciences, Faculty of Social and Political Sciences, University of Lausanne (UNIL), Switzerland.

contact : miguel.pizzanelli@gmail.com

* Este artículo ha sido publicado originalmente en Francés en la "Revue Médicale de Bruxelles", Sept 2018, vol 39, 92-101 y se reproduce aquí con la debida autorización.

Abstract :

The concept of quaternary prevention, resulting from a reflection on the doctor-patient relationship, is presented as a renewal of the age-old ethical requirement : first, a doctor must do no harm; second, the doctor must control himself/herself. The origin of the concept, its endorsement by the World Organization of Family Doctors (WONCA) and the European Union of General Practitioners (UEMO), its dissemination, and the debates to which it has given rise, are presented by a panel of authors from 10 countries. This collective text deals more specifically with : the bioethics of prevention, the importance of teaching Quaternary prevention and factual medicine, the social and political implications of the concept of quaternary prevention, and its anthropological dimensions.

Résumé :

Le concept de prévention quaternaire, issu d'une réflexion sur la relation médecin-patient, est présenté d'une part comme un renouvellement d'une exigence éthique séculaire ; d'abord un médecin ne doit pas nuire et d'autre part comme un plaidoyer pour un autocontrôle du médecin. L'origine du concept, son approbation par l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) et l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO), sa diffusion et les débats auxquels il a donné lieu, sont présentés par un panel d'auteurs de 12 pays et trois continents. Ce texte collectif traite plus spécifiquement de l'éthique de la prévention, de l'importance de l'enseignement de la prévention quaternaire et de la médecine factuelle, des implications sociales et politiques du concept de prévention quaternaire, et de ses dimensions anthropologiques.

Resumen :

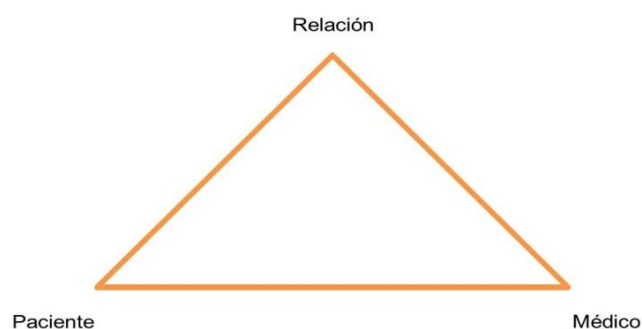
El concepto de prevención cuaternaria, resultante de una reflexión sobre la relación médico-paciente, se presenta como una renovación del antiguo requisito ético: primero, un médico no debe hacer daño; segundo, el médico debe controlarse a sí mismo. El origen del concepto, su respaldo por parte de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) y la Unión Europea de Médicos Generales (UEMO), su difusión, y los debates a los que ha dado lugar, son presentados por un panel de autores de 10 países. Este texto colectivo trata más específicamente de: la bioética de la prevención, la importancia de la enseñanza de la prevención cuaternaria y la medicina práctica, las implicaciones sociales y políticas del concepto de prevención cuaternaria y sus dimensiones antropológicas.

Keywords : Quaternary prevention ; professional ethics ; evidence based medicine ; general practice

Relación médico paciente: enfrentando la duda y la incertidumbre en la práctica médica.

La incertidumbre y la flecha del tiempo son puntos de apoyo citados por Ilya Prigogine para enfrentar el absurdo del mundo “*en un universo probabilístico, en el cual diferentes posibilidades puede ocurrir*” (1). En este texto haremos un viaje entre la incertidumbre y la línea de tiempo. Hablaremos de prevención clínica, una búsqueda para reducir la incertidumbre en el transcurso del tiempo, en el contexto de una relación de cuidado. La medicina se basa en la relación paciente-médico. Sin relación, no hay medicina, solo hay tecnología.

Figura 1 La relación médico paciente vista como una triada semántica.



Es bueno analizar la cuestión de la duda y la incertidumbre, según los tres ángulos, del paciente, del médico y de la relación que los une (Figura 1).

Estos tres elementos forman lo que se denomina triada semántica, una triada que otorga a la relación tanto valor como los otros dos elementos y hace que los tres respondan a la incertidumbre. Un enfoque antropológico permite captar esta dimensión. La incertidumbre desde el punto de vista del paciente (P) es una incertidumbre existencial, relacionada con la conciencia del ser y la muerte. La incertidumbre del médico (D), que también es un humano y, por lo tanto, un paciente, es la duda que constituye la base de cualquier enfoque científico. Sin duda no hay ciencia, ni preguntas, ni medicina.

Vemos así que la relación R está formada por el encuentro de dos puntos de vista epistemológicamente diferentes; el miedo existencial y las dudas científicas que difícilmente pueden coincidir. También es un ejercicio difícil de comunicación entre P y D para acordar los contenidos de la relación R. En la teoría de la comunicación, diríamos que el canal en sí genera un ruido que perturba el mensaje. El mismo hecho de que el médico también sea un ser humano puede alterar fuertemente la relación (2). La incertidumbre del paciente se expresará más fácilmente si el motivo real de la consulta es, en un primer procedimiento de diagnóstico, identificado por el médico. El paciente a menudo está más preocupado con el pronóstico del dolor que por el dolor en sí mismo. La identificación del problema real del paciente permite responder mejor a su incertidumbre.

¿Qué pasa con la incertidumbre del médico? La respuesta parece obvia, como lo indica el acrónimo MBE para Medicina Basada en la Evidencia o medicina práctica. Como Davidof et al argumentan, la Medicina Basada en la Evidencia es “*para llenar el abismo al ayudar a los médicos a encontrar la información que garantice que puedan proporcionar un manejo óptimo para sus pacientes*” (3).

Pero las situaciones donde la medicina práctica cuantitativa puede aplicarse son raras en la práctica general. Los datos basados en este tipo de medicina son a menudo monopatológicos y tecnológicos y sabemos que el corazón de la profesión del médico de familia es el enfoque cualitativo y narrativo, la multimorbilidad y el cuidado personal en su contexto biopsicosocial (4).

Teniendo en cuenta esta complejidad, avancemos en la línea de tiempo y, por lo tanto, en el concepto de prevención.

El concepto de Prevención Cuaternaria, origen y difusión.

Los términos prevención primaria, secundaria y terciaria fueron acuñados por Leavell & Clark en los años 50', basados en las fases del modelo de sífilis, y se han difundido ampliamente en el mundo de la salud pública (5). Esta visión cronológica definida por el doctor y centrada en la enfermedad llevó a Bury a promover (6) el uso de la prevención cuaternaria en su sentido cronológico para definir los cuidados paliativos (7).

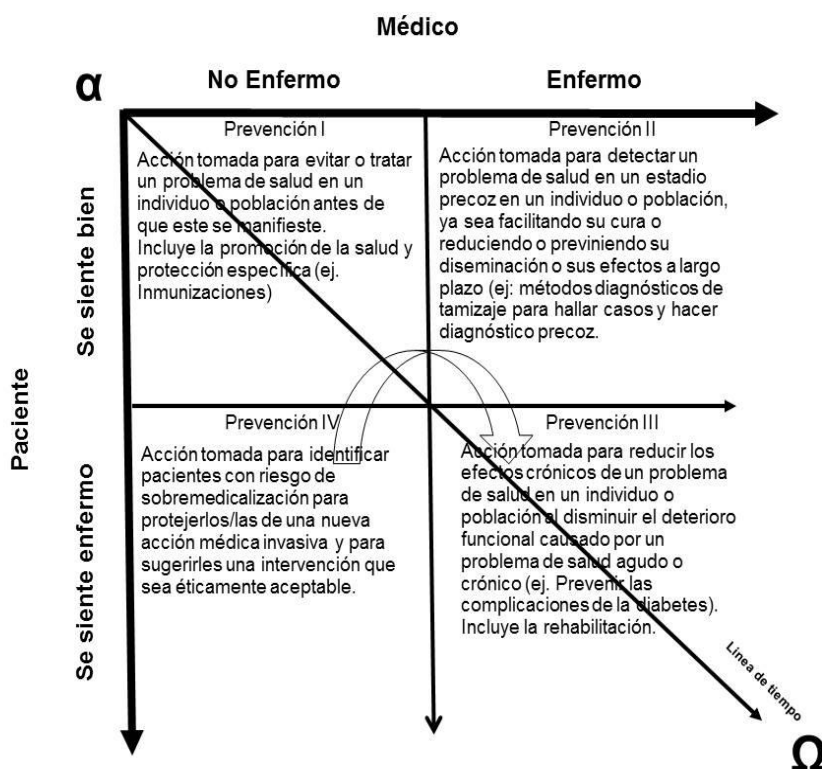


Figura 2 – Las cuatro definiciones de prevención (Wonca dictionary). La línea de tiempo de alfa a omega muestran que el médico y el paciente enfermarán y morirán juntos. La flecha circular muestra que la Prevención Cuaternaria, convertida en actitud, impacta en todas las actividades médicas.

Hemos propuesto una visión relacional de la prevención (9, 10). Nuestro modelo, diseñado en 1986, se basa en una tabulación cruzada. La prevención es el resultado de las relaciones entre el paciente y el médico a lo largo del tiempo. La cruz entre ciencia y conciencia delimita cuatro áreas nebulosas (9, 11) que reflejan el límite difuso entre la salud y la enfermedad. Sin embargo, en la práctica cotidiana, la distinción es habitual y se representan cuatro áreas de actividad. La línea de tiempo cruza la tabla oblicuamente. Pacientes y médicos se encuentran al final y mueren juntos (punto Ω) (ver Figura 2).

Estas cuatro áreas de actividad forman el núcleo de la medicina familiar. Vacunar a un paciente sano es prevención primaria (verdaderos negativos). Si el médico presume que hay enfermedad y ofrece pruebas de detección, se trata de prevención secundaria (falsos negativos). Si el médico hace un diagnóstico y el paciente admite que está enfermo, comienza la medicina curativa y evitar los efectos secundarios y las complicaciones y comenzar la rehabilitación es la prevención terciaria (verdaderos positivos).

Si el paciente tiene síntomas y el médico no puede objetivar el sufrimiento como una enfermedad, el sufrimiento no tiene nombre y, por lo tanto, no existe. Esta enfermedad no encuentra su lugar como constructo social (12)

Poner en práctica una estrategia que reconozca esta ausencia de enfermedad se llama prevención cuaternaria (falso positivo). Estos pacientes a menudo se consideran difíciles y su pasado a menudo está lleno de violencia y ansiedad. A menudo se los refiere al psiquiatra. Los síntomas son a veces el reflejo de sus vidas (13). No hay nada peor para un paciente que ser conocido como un portador de nada. Por supuesto, también estamos hablando de errores de diagnóstico que confinan a un paciente al diagnóstico de fibromialgia hasta que se diagnostica la espondilitis anquilosante.

La prevención cuaternaria es más que una actividad objetiva. Cubre la sobremedicalización, la sobreinformación, la detección excesiva, el sobrediagnóstico, el sobretratamiento, así como los tratamientos evitables, la protección del paciente y, en términos más generales, los límites de la atención médica. Implícitamente, los pacientes y las poblaciones sin cobertura son parte de esta área que también comprende la submedicalización. La Prevención Cuaternaria también desafía estos extraños diagnósticos como "No enfermedad – síntomas clínicamente inexplicables – molestos consultadores frecuentes por dolencias inexplicables o pacientes odiosos – síndromes funcionales somáticos – desórdenes somatomorfos – conducta anormal del paciente (lista no exhaustiva). Un poster traducido a varios idiomas está disponible en el sitio web de WONCA International Classification Committee (WICC) (www.ph3c.org/P4). Este muestra el desarrollo del concepto, su publicación por WONCA en 2003 (8) y su aprobación en 2011 por la Unión Europea de Médicos generales (European Union of General Practitioners, UEMO) (14).

Después de su presentación en el Congreso de los 25 años del Sistema Único Nacional de Salud de Brasil (SUS) en 2008, la prevención cuaternaria se ha extendido por toda América Latina (15). También superó los confines de la tabla de doble entrada y, desafiando todas las áreas de las acciones de la medicina (como lo muestra la flecha circular en la Figura 2), se convirtió en una actitud, un pensamiento acerca del propio acto médico en una relación marcada por la dependencia y angustia.

La prevención cuaternaria es un imperativo ético de autocontrol, una renovación del lema "primum non nocere". El movimiento de los jóvenes médicos sudamericanos y su interés en el concepto se debe en gran medida a la mercantilización extremadamente agresiva de la salud por parte de la industria. Además de la sobremedicalización que es casi intrínseca a la práctica de la medicina, que es descrita como iatrogenia positiva por Michel Foucault (16) hay una sobremedicalización debido a la excesiva transformación de los productos de salud en mercancías (17). En particular, los mercados para el Alzheimer, la Ritalina y la Hidroxicodona implican miles de millones de dólares. El intenso cabildeo (lobbying) de las compañías de vacunas y el requisito legal de ciertas prácticas preventivas, como las de Uruguay y Francia, plantean dudas. Proteger al paciente contra estos mercados se ha convertido en una obligación para el médico.

La Medicina basada en la evidencia (MBE) es una herramienta fundamental para decidir la actitud correcta, especialmente en farmacoterapia, y el movimiento MBE se introdujo en la Prevención

Cuaternaria y reformuló su definición de acuerdo con una visión operativa: *Medidas tomadas para proteger a los individuos (personas / pacientes) de intervenciones médicas que pueden causar más daño que bien* (18).

La medicina basada en evidencia también es importante para la prevención cuaternaria a nivel de organización de atención médica. Un ejemplo es Polonia, donde el sistema de salud se basa en un seguro de salud obligatorio. A los médicos se les paga en proporción a la cantidad de pacientes en su lista y se les exige proporcionar servicios curativos y preventivos (19). De las 14 intervenciones preventivas prescritas por el Reglamento, seis no se basan en la evidencia y la medicina basada en la evidencia ofrece una gama de intervenciones diferentes de las propuestas en el Reglamento (20). Como señalamos más adelante, este ejemplo sugiere que la elección juiciosa de intervenciones preventivas por parte de la autoridad política es una parte integral de la prevención cuaternaria, mucho más allá de la clínica.

Aunque lenta, la difusión del concepto ha sido sorprendente. Se ha traducido a casi todos los idiomas europeos y algunos asiáticos. Tras la publicación de un manifiesto en la conferencia WONCA en Río de Janeiro en diciembre de 2016 (21), se creó un grupo especial de interés (22). El concepto ahora es parte de la enseñanza básica de medicina familiar. La tabla de doble entrada es particularmente efectiva para enseñar prevención (23). Esta reflexión sobre la relación médico-paciente pone de relieve las preocupaciones de muchos médicos de familia de todo el mundo. La prevención cuaternaria se ha convertido en un movimiento de pensamiento atravesado por muchas corrientes complementarias (24-27).

Gracias a las conferencias de medicina familiar y las herramientas informáticas (sitios web, listas de correo, listas de WhatsApp en muchos países), los intercambios han sido intensos. Se han organizado numerosos cursos y presentaciones en línea, se han publicado documentos y se han propuesto varias adaptaciones del concepto (ver Tabla 1).

Tabla 1 – Disponibilidad de los conceptos de Prevención Cuaternaria en línea para la enseñanza de búsquedas bibliográficas en varios. (Acceso directo haciendo click en el enlace)

Idiomas Clases	Clases	Propósito	Link en Internet
Inglés, Francés, Turco, Español, Portugués, Coreano, Italiano, Vietnamita, Polaco, Holandés, Georgiano, Ucraniano	HeTOP.eu descriptors	Enseñanza y búsquedas bibliográficas	D2IM Rouen, France www.hetop.eu/3CGP
Español, Portugués, Inglés, Francés	DeCS descriptors	Búsquedas bibliográficas	PAHO-WHO Sao Paulo, Brazil http://decs.bvs.br
Chino, Tailandés, Vietnamita, Francés, Español, Portugués, Holandés, Inglés	Posters on the WICC Web site	Enseñanza	WICC WONCA http://www.ph3c.org/P4
Español, Francés, Inglés	Quaternary Prevention Library and Resources	Repositorio de Recursos QP	QP SIG WONCA https://goo.gl/oy1gFZ

Este artículo es la culminación de las reflexiones de muchos colegas internacionales. Los cuatro grupos de coautores discuten a continuación la importancia de la prevención cuaternaria en el dominio ético, su impacto en la enseñanza, los aspectos sociopolíticos que implica y, finalmente, los aspectos antropológicos que sustenta.

Prevención Cuaternaria y ética médica

La definición de Prevención Cuaternaria (P4) reproducida al final de la Figura 2 termina con las palabras “éticamente aceptable”. Esta última frase de la definición significa que el objetivo final de la P4 se dirige a que las prácticas clínicas se conduzcan bajo principios bioéticos (28, 29). En la actualidad, cuatro principios de ética médica como la no maleficencia, la beneficencia, el respeto por la autonomía y la justicia han sido sugeridos por el Informe Belmont (30) en 1979 y Gillon (31) en 1994.

- Primero, la P4 ha destacado preferentemente el principio de no maleficencia (*primum non nocere*) (32) al evitar la sobremedicalización (33-35). Esto es así porque los médicos tienen la obligación ética de proteger a los pacientes de posibles daños (36). Los médicos generales o de familia MG/F especialmente porque frecuentemente están en el punto de partida de la gestión clínica para que desempeñar el importante papel de prevenir la cascada de servicios médicos innecesarios (24, 37). En este contexto, la responsabilidad del profesional médico se pone a prueba en la implementación de la P4 (38).
- Segundo, la beneficencia tiene como objetivo proporcionar un beneficio médico neto sobre el daño a los pacientes (31). Para hacer esto, los MG/F tienen que lograr la práctica basada en la evidencia con la valoración de las probabilidades de diversos beneficios y daños (29, 39). Sackett (40) redefinió la medicina basada en la evidencia (MBE) *como la integración evidencia de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente*, la MG/F tiene que aceptar la Medicina Basada en Valores (MBV) (41).
- La definición de MBV de Brown, Brown y Sharma (42) es *"la práctica de la medicina que incorpora el más alto nivel de datos basados en evidencia con el valor percibido por el paciente conferido por las intervenciones de atención de salud para los recursos gastados"*.
- Tercero, el respeto a la autonomía da énfasis a la participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas (31). Para hacer esto, el concepto de ‘toma de decisiones compartidas’ (TDC) ha sido puesto a prueba (32). Especialmente, la TDC debería empoderar a los pacientes, lo que es un objetivo de la P4 (43), dado que Charles et al. describieron a la TDC como *‘intercambios bidireccionales de información entre las partes interesadas en la decisión médica’* (44). De acuerdo con esta postura, Widmer (45) postuló que la P4 es una *‘medicina basada en la relación’*. Además, la TDC podría superar una medicina defensiva causada por la inevitable incertidumbre en el proceso de toma de decisiones (46, 47), así el sobrediagnóstico y el sobretratamiento por decisión médica inútil podría ser prevenido (41). Para una buena comunicación en el contexto clínico, los MG / F deben considerar activamente la posibilidad de aplicar algunas herramientas con las se utilizan para ayudar la decisión del paciente (49).
- Por último, Gillon (31) dice que la justicia distributiva significa asignar los recursos limitados para la salud de manera justa. Por lo tanto, el esfuerzo para evitar la sobremedicalización en P4 no solo sigue el principio de no maleficencia sino también la obligación de ser justa porque podría reducir el desperdicio de recursos. (45). Con el fin de evitar la ineficiencia de los servicios médicos, la idoneidad de la atención de los pacientes

debe mantenerse en el nivel individual (50). Y el proceso de establecer prioridades en la atención de la salud debe reflejar también, un valor social en el nivel de población (51).

En resumen, la implementación del P4 sigue los 4 principios principales de la ética médica. Kalra, Baruah et Sahay (52) sugirieron 3 objetivos de P4, como evitar la sobremedicalización, la protección contra la invasión médica y sugerir intervenciones éticamente aceptables. Para lograr estos objetivos bajo "ser éticamente aceptable", MG / F debe obtener las potencialidades para el profesionalismo médico, MBE y MBV, TDC y una atención médica adecuada.

Para enseñar y aprender Prevención Cuaternaria

¿Por qué se debe enseñar la prevención cuaternaria?

Tres argumentos principales nos impulsan a proponer incluir el tema de la prevención cuaternaria en los programas de capacitación de profesionales de la salud;

- El primero se desprende de lo que se discutió en la sección anterior. Los profesionales de la salud deben aprender a comportarse éticamente. La prevención cuaternaria es un corolario de los cuatro principios principales de la ética médica. Esto implica que los profesionales de la salud deben aprender a practicarlo.
- El segundo argumento es epidemiológico. El daño inesperado, causado por la atención médica, es común y en algunos casos puede tener consecuencias muy graves y causar morbilidad y la mortalidad. Por lo tanto, los programas de pregrado y posgrado que se centren en la prevención cuaternaria deben incluir la enseñanza de factores clave, mecanismos e intervenciones para reducir el daño a la atención médica.
- El tercer argumento es la apertura al pensamiento crítico. En nuestra experiencia, la enseñanza de la prevención cuaternaria ofrece a los estudiantes una perspectiva diferente sobre la práctica de la salud, especialmente cuando los planes de estudio se basan en un modelo biomédico.

La enseñanza de la prevención cuaternaria ilustra cómo las fuerzas psicológicas, sociales, políticas y económicas influyen en la práctica de la salud.

¿Qué temas se deben incluir?

La enseñanza de la prevención cuaternaria es un campo complejo donde la epidemiología, la comunicación, la relación médico-paciente, el enfoque centrado en el aprendizaje, las habilidades de enseñanza centradas en las personas junto con muchas otras habilidades deben estar presentes de una manera equilibrada. El enfoque biopsicosocial, las vistas macro y micro de diferentes áreas, como la economía, la organización de servicios de atención médica y las políticas de incorporación tecnológica, son parte integral de la P4. Del mismo modo, el público y los profesionales de la salud que no sean médicos deben involucrarse (21).

Después de ver la Figura 2, los estudiantes pueden, por ejemplo, analizar por qué algunas personas se enferman sin tener una enfermedad definida. Los estudiantes también pueden analizar los sistemas como el ejemplo polaco descrito anteriormente donde los políticos dictan intervenciones preventivas obligatorias, muchas de las cuales no están respaldadas por evidencia sólida. (19, 20, 53). Un último

ejemplo sería discutir las consecuencias de la reducción progresiva de los umbrales de hipertensión en términos del número de personas a las que se les ofrece tratamiento farmacológico.

La docencia también debería prestar atención a la aplicación de la prevención cuaternaria en los diferentes niveles organizacionales: la relación médico-paciente (micro), la educación para la salud y la educación médica continua (meso) y a nivel de la sociedad (macro). La Tabla 2 recientemente utilizada en un curso de capacitación en el Programa de Residencia Familiar y Comunitaria en Argentina (54) muestra la complejidad del proceso de enseñanza-aprendizaje que implican los planes de estudio de la prevención cuaternaria.

A pesar de esta complejidad, ya se ha trabajado mucho en la inclusión de la prevención cuaternaria en la agenda académica. Expertos de varios países iberoamericanos han emitido una serie de recomendaciones sobre enseñanza y aprendizaje. (23) Los estudiantes graduados deben aprender cómo evaluar críticamente la literatura, cómo lidiar con dilemas éticos, cómo comunicarse efectivamente con los pacientes, promover la atención centrada en el paciente y toma compartida de decisiones. Las universidades y los programas de residencia deben hacer que la prevención cuaternaria sea una asignatura de educación médica de pre y posgrado; capacitar a docentes de medicina en la prevención cuaternaria, apoyar a los residentes que quieran investigar sobre la prevención cuaternaria e incluirla en los exámenes de pregrado y posgrado.

Tabla 2– Educación en Prevención Cuaternaria de acuerdo a los niveles de organización (adaptado de M. Pizzanelli)

Campos	Ética	Educación	Investigación	Políticas de salud
Micro (Individuo)	- empatía - Auto control - Toma de decisiones compartidas	- Habilidad para lectura crítica - Rechazo a la influencia del mercado	- Protocolo de auto observación - Consulta como investigación cualitativa	- Desarrollo de conciencia sociológica
Meso (grupo)	- Intercambio de información precisa con el grupo - Dominar la comunicación a nivel de grupo	- Medicina basada en la evidencia - Salud comunitaria - Integralidad	- Protocolo de control de errores - Implementación del ciclo de calidad	- Apoyar una política de integración de cuidado - Red centrada en las relaciones con los pacientes
- Macro (sociedad)	- Promoción de programas horizontales y longitudinalidad - Control del respeto por las reglas de confidencialidad	- Proporcionar las herramientas y la base de datos necesarias - Entrenar a los actores	- Estimulación a la investigación centrada en las personas - Tener en cuenta el resultado de la investigación	- Definir una política de salud centrada en el paciente - Proteger a los actores de la salud contra la agresión del mercado

Como se indicó en la introducción, la prevención cuaternaria se basa en la relación. Sin embargo, la falta de relaciones duraderas y significativas con pacientes, supervisores, compañeros y colegas profesionales, causada por la estructura actual de la educación médica en algunos países, resulta en una capacidad débil para construir relaciones en el futuro. Los estudiantes y los residentes deben desarrollar

relaciones con los pacientes y los miembros del equipo para permitir la retroalimentación. En un estudio cualitativo, los residentes describieron cómo las transiciones frecuentes de un servicio a otro afectaban su capacidad para crear relaciones con los pacientes (55). En la capacitación longitudinal integrada, los estudiantes tienen la oportunidad de desarrollar relaciones de un año con profesores y pacientes. Hirsch y otros (56) demostraron que los estudiantes perciben que sus relaciones con los pacientes tienen un impacto real sobre el bienestar de los pacientes, más que en un grupo de comparación. Los estudiantes también tuvieron mejores puntajes de empatía al final del Programa Integrado de Entrenamiento Longitudinal que los estudiantes en un programa tradicional.

¿Qué resultados podemos esperar de la enseñanza de la Prevención Cuaternaria?

Pocos estudios publicados evalúan el impacto de la educación de prevención cuaternaria. Encontramos un estudio de intervención de estudiantes de medicina de quinto año en la Universidad Pham Ngoc Thach (Hochiminh City, Vietnam) (55). Se les pidió a los estudiantes que enumeraran sus posibles intervenciones basadas en tres escenarios clínicos simulados diferentes antes y después de la intervención de entrenamiento en Prevención Cuaternaria.

A pesar de la brevedad de la intervención, la encuesta mostró cambios en las actitudes de los estudiantes con respecto a las decisiones clínicas. Esto significa que el marco de la prevención cuaternaria podría cambiar el razonamiento clínico y las decisiones de los estudiantes de medicina (23).

La introducción del marco de razonamiento para la prevención cuaternaria podría estimular a los estudiantes de medicina en un proceso de razonamiento holístico (cuidado integral de la persona), que es uno de los principios de la medicina familiar. Los estudiantes también podrían convertirse en investigadores más independientes mediante la adquisición de habilidades cognitivas que les permitan analizar información relevante sobre intervenciones médicas basadas en las necesidades de los pacientes. Estos resultados del estudio sugieren un cambio positivo en el comportamiento en el proceso de toma de decisiones del estudiante (23).

En resumen, existen sólidos argumentos teóricos para incluir la prevención cuaternaria en un currículo renovado centrado en el primer y segundo ciclo.

Dimensiones antropológicas de la Prevención Cuaternaria

Originalmente, la prevención cuaternaria encontró una primera solución a la sobremedicalización con una mayor atención a las dimensiones psicológicas (57) y sociales de la salud (58) acorde con el modelo biopsicosocial (59). Se hizo evidente que la sobremedicalización puede afectar a todos los dominios de la medicina (también están involucradas la prevención primaria, secundaria y terciaria) (18).

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es sin duda el instrumento esencial para evaluar una tecnología médica. Utilizamos aquí el término tecnología sanitaria en el sentido amplio de la Comisión Europea (60) como «comprendiendo medicamentos, dispositivos médico o procedimientos médicos y quirúrgicos, así como medidas para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades utilizadas en la asistencia sanitaria».

Todas las tecnologías médicas pueden ser sometidas generalmente a procedimientos MBE, necesarios para evaluar su utilidad o su peligro.

¿Se puede reducir toda la actividad médica a una tecnología de salud sometida a evaluaciones basadas en evidencia? Sackett et al. (61) admitió que la experiencia clínica era fundamental además de la mejor evidencia clínica. Sabemos que los médicos generales no pueden aplicar en todo momento y en todas partes la mejor evidencia clínica, pero que los resultados del tratamiento en la práctica general son mejores que los de la suma de especialistas que aplican por separado la evidencia de su propio dominio. Este hecho se conoce como «paradoja de la atención primaria» (62), confirmando la importancia de la experiencia clínica, ponderando las pruebas para cada situación clínica, psicológica y social. Algunas voces han llamado a no reducir la evidencia al predominio de medidas y ensayos controlados aleatorios, sino a integrar la investigación cualitativa en el proceso, el método mixto se convierte en un nuevo modelo para la investigación científica en medicina (4,63).

La antropología social y cultural interesada en la medicina y la salud comparte, a través de su riguroso enfoque etnográfico (64) -incluidas observaciones participativas, entrevistas, grupos focales, así como sus conceptos y teorías-, una lectura crítica en diferentes campos que contribuyen a la prevención cuaternaria al aportar:

- Un interés en la práctica clínica, para que sea considerada como un espacio social confrontado a un conjunto de normas y valores, modelos sociales y profesionales, así como implicaciones políticas y económicas (65).
- Inventario de experiencia clínica. ¿Cómo hacen realmente los MG / F para evitar la sobremedicalización? ¿Cómo deciden en incertidumbre (2, 66)? ¿Cómo usan las nuevas tecnologías?
- Encuestas antropológicas de campo en ciertas áreas, por ejemplo migrantes, zonas rurales remotas, para comprender las representaciones y el comportamiento del paciente, los circuitos de atención, las prioridades individuales y comunitarias, la organización de los centros de atención (67) y la disponibilidad de soluciones culturales simples y eficientes (68). El enfoque cualitativo y el análisis etnográfico también pueden ser un modo de evaluación de las prácticas, teniendo en cuenta las barreras, los enfoques inapropiados y el punto de vista de las personas.
- Interés por las discusiones políticas sobre la regulación y evaluación de las tecnologías de la salud para comprender las formas de tomar las decisiones, el papel de los financiadores y los factores que contribuyen a la evaluación en la toma de decisiones además de las evidencias, como los asuntos éticos o sociopolíticos. El enfoque de la Prevención Cuaternaria parece ser particularmente importante en el contexto en el que las tecnologías de salud se desarrollan y están disponibles.
- El interés por la salud global, con el objetivo de conectar a la sociedad con las innovaciones de salud y políticas de salud / prestación de servicios de salud, y analizar las transformaciones de salud dentro de las relaciones locales y globales, entre la universalidad de la medicina científica y su contexto social y cultural. Esta postura debería ser aún más crítica dado que las transformaciones llevadas a cabo por la globalización de la atención médica a menudo resultan en un proceso asimétrico, desigual y diferenciado, tanto en la implementación de programas como en la circulación de modelos. (69).

A ese respecto, y en un contexto de Prevención Cuaternaria, un enfoque antropológico aborda los problemas éticos relacionados con la práctica clínica, que pueden analizarse según diferentes

dimensiones: salud global, políticas nacionales, culturas corporativas, prácticas clínicas y de atención, y experiencias de los pacientes.

Implicancias Socio-políticas de la Prevención Cuaternaria

La Medicina Familiar surgió como una respuesta a una atención médica que se volvió fragmentada, despersonalizada y discontinua. Este concepto desafía los ideales positivistas de la modernidad que sostienen que la ciencia y el progreso de la sociedad son constantes y siempre para bien.

Esta concepción nos remite a la idea de iatrogenia positiva de Michael Foucault al recordarnos que la medicina ha adquirido la capacidad de dañar por su correcto ejercicio y no solamente por impericia o ignorancia (16). Alejarnos de la concepción de ciencia de la modernidad nos permite separarnos de la idea de que la ciencia es algo que únicamente se ocupa del conocimiento y está divorciada de la ética y de las influencias de la política y de la economía, en definitiva, la Prevención Cuaternaria (P4) desafía las insuficiencias del Modelo Médico Hegemónico (70).

La medicina está en crisis desde hace largo tiempo. Los signos de la insuficiencia de las respuestas que ofrece este modelo de medicina, son la insatisfacción creciente de la población y de los profesionales. La atención médica se ha vuelto fragmentada, despersonalizada y discontinua, con costos crecientes, con un festival de tecnología y moléculas de utilidad dudosa, aumento de la conflictividad entre pacientes y el equipo de salud, y la sensación de indefensión, poca valoración de su tarea y actitud defensiva de los médicos hacia los pacientes y el preocupante aumento de la judicialización de los conflictos. También es un signo la proliferación de medicinas alternativas, chamanes, soluciones mágicas y charlatanes a los que la gente acude al mismo tiempo que a la medicina oficial en una especie de sincretismo utilitario que denuncia la falta de confianza en el modelo.

La Salud es un derecho fundamental del ser humano y los Sistemas de Salud y muchos gobiernos no lo están garantizando. Como consecuencia de ello desde hace mucho tiempo se está reclamando una reforma de los Sistemas de Salud pero los intentos de cambio han estado fundados en ideas economicistas y limitadas al sector salud por lo que no han sido exitosas en lograr la equidad, accesibilidad y justicia que deben caracterizar un Sistema de Salud y, en muchos casos, estas reformas no han hecho más que agravar la situación.

Cualquier reforma de un Sistema de Salud debe ser iniciada desde una perspectiva ética, con principios políticos claramente formulados y debe incluir a la Sociedad en su conjunto para lograr un cambio sustentable. Cualquier reforma de un Sistema de Salud debe considerar e incluir los aspectos políticos y económicos inherentes al campo de la salud.

La P4 se inició como una respuesta a los excesos de la medicalización, la venta de enfermedades (disease mongering), la transformación de factores de riesgo en enfermedades, sobrediagnóstico, etc. La búsqueda estuvo orientada desde una mirada científica pero, al cabo de treinta años, vemos que estos argumentos, aunque sólidos y necesarios, no son suficientes porque la naturaleza de la disputa es diferente, es económica y política.

La P4 ha comprendido que las causas profundas exceden con creces los límites de la medicina, ha comprendido que el problema incluye aspectos éticos, políticos, económicos y de concepción de la ciencia y la medicina. Es por esta razón que la definición de P4 se ha desplazado a la función de idea fundacional ya que el movimiento que se ha generado en torno a este concepto ha superado

esta inicial definición centrada en una visión biomédica. La P4 ha comprendido que es necesario un nuevo modelo de medicina y un nuevo pacto con la sociedad.

La P4 es un movimiento que promueve un cambio en la forma de ser y ejercer la medicina comenzando por los aspectos éticos y filosóficos con el objeto de proteger a los pacientes y a los integrantes del equipo de salud de los excesos de la medicalización y el desmedido afán de lucro de algunos actores.

En ese sentido, En la Declaración de Río (21) hemos postulado un modelo caracterizado por ser:

- Inclusivo
- No reduccionista, integral e integrado.
- Que tolere la incertidumbre.
- Que implique las dimensiones humana, social y política.
- Evitar y denunciar la naturalización de: el hambre, la exclusión, la manipulación, la desigualdad, la violencia, el racismo, la explotación, que dañan la salud más que las “enfermedades”.

La P4 es un movimiento (26) que busca refundar los valores éticos de la medicina para que vuelva a ser una actividad para humanos ejercida por humanos y en contacto con la vida. La P4 no pretende certidumbres, no hay un punto de llegada seguro, no hay una ruta predeterminada, no hay garantías, lo único que sabemos es que estamos construyendo utopías.

Nota

Este documento ha sido discutido y aprobado por todos los autores. La supervisión de los escritos fue llevada a cabo por: Marc Jamouille de Bélgica (Concepto), Jon-Myon Bae de Corea (Aspectos bioéticos), Miguel Pizzanelli de Uruguay, Mariana Mariño de Argentina and Bruno Heleno de Portugal (Enseñanza), Ricardo La Valle de Argentina (Implicancias sociopolíticas) and Patrick Ouvrard de Francia, Ilario Rossi y Daniel Widmer de Suiza (Mirada Antropológica).

Références

1. Lévy E. Ilya Prigogine « L'incertitude, c'est la vie »: lepoint.fr; 2002/01/18 [Available from: <http://www.lepoint.fr/actualites-chroniques/2007-01-20/ilya-prigogine-l-incertitude-c-est-la-vie/989/0/60025>].
2. Bloy G. L'incertitude en médecine générale: sources, formes et accommodements possibles. *Sciences sociales et santé*. 2008;26(1):67-91.

3. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine. BMJ. 1995.
4. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? Bmj. 2014;348:g3725.
5. Clark EG. Natural history of syphilis and levels of prevention. British Journal of Venereal Diseases. 1954;30(4):191.
6. Bury J. Éducation pour la santé : concepts enjeux planifications. 1988.
7. Gofrit ON, Shemer J, Leibovici D, Modan B, Shapira SC. Quarternary prevention: a new look at an old challenge Isr Med Assoc J. 2000;2:498-500.
8. Bentzen N. WONCA Dictionary of General/Family Practice. Copenhagen: Maanedsskr; 2003.
9. Jamoulle M. Information et informatisation en médecine générale [Computer and computerisation in general practice]. Namur, Belgium: Presses Universitaires de Namur; 1986.
10. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015;4(2):61-4.
11. Hellstrom OW. Health promotion in general practice. Eur J Public Health. 1994;4:119-24.
12. Sadegh-Zadeh K. Anamnesis and diagnosis. In: Sadegh-Zadeh K, editor. Handbook of Analytic Philosophy of Medicine. Dordrecht: Springer; 2015. p. 363.
13. Carpentier J. Medical Flipper. Cahiers libres, 402. 1989:154.
14. UEMO. UEMO position on Disease Mongering / Quaternary Prevention 2008 [Available from: <http://www.uemo.eu/2011/02/08/uemo-position-on-disease-mongering-quaternary-prevention/>]
15. Jamoulle M, Tsoi G, Heath I, Mangin D, Pezeshki M, Pizzanelli Báez M, editors. Quaternary prevention, addressing the limits of medical practice. WONCA World; 2013 2013; Prague.
16. Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. 1974. Revista Cubana de Salud Pública. 2018;44:172-83.
17. Brownlee S. Overtreated: Why too much medicine is making us sicker and poorer: Bloomsbury New York; 2007.
18. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept: Quaternary prevention aims to protect patients from medical harm. European Journal of General Practice. 2018;24(1):106-11.
19. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domanski F, Czyzewski M, et al. Poland health system review. Health Systems in Transition. 2011;13(8):1-193.
20. Godycki-Ćwirko M, Krawczyk J, Tomiak E, Osiecka R, Mazurek L, Ludwikow G, et al. Czasochłonność profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej [Time requirements for prevention in primary health care]. Probl Med Rodz. 2009;1(26):23-7.
21. Wonca Special Interest Group on Quaternary Prevention and Overmedicalisation. Manifeste; La Prévention quaternaire, présent et futur Proclamation de Rio de Janeiro Décembre 2016 [Available from: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000449/0000842.pdf>].
22. WONCA Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalization 2017 [Available from: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>].
23. Gomes LF, Gusso G, Jamoulle M. Teaching and learning quaternary prevention. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015;10(35):1-.
24. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care—A qualitative study with general practitioners. BMC family practice. 2017;18(1):99.
25. Franken G. Prävention und Demenz Eine Begriffsklärung Literaturstudie. Witten: Universität Witten/ Herdecke (Arbeitspapier des DZD, 12). Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD); 2016.
26. La Valle RA. Prevención Cuaternaria o la Medicina sin corbata. Archivos de Medicina Familiar y General. 2015;12:5-6.
27. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. Apmis. 2014;122(8):683-9.
28. Martínez CG, Riaño IG, Sánchez MJ, de Dios González J, editors. Quaternary prevention: Containment as an ethical necessity. Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003); 2014.

29. Tesser CD. Why is quaternary prevention important in prevention? *Revista de saude publica*. 2017;51:116.
30. Department of Health E. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *The Journal of the American College of Dentists*. 2014;81(3):4.
31. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ: British Medical Journal*. 1994;309(6948):184.
32. Bae J-M. Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies. *Epidemiology and health*. 2017;39.
33. Smith CM. Origin and uses of primum non nocere—above all, do no harm! *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2005;45(4):371-7.
34. Visentin G. The difficult choice of "not doing": comment on "Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization". *International journal of health policy and management*. 2015;4(8):559.
35. Bae J-M, Jamouille M. Primary care physicians' action plans for responding to results of screening tests based on the concept of quaternary prevention. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2016;49(6):343.
36. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *The Lancet*. 2008;372(9654):1997-9.
37. Deyo RA. Cascade effects of medical technology. *Annual review of public health*. 2002;23(1):23-44.
38. Medicine AFABol. ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-6.
39. Bae J-M. Suggestions for the promotion of evidence-based public health in South Korea. *Epidemiology and health*. 2017;39.
40. Sackett DL. Evidence-based Medicine How to practice and teach EBM: WB Saunders Company; 1997.
41. Bae J-M. Value-based medicine: concepts and application. *Epidemiology and health*. 2015;37.
42. Brown GC, Brown MM, Sharma S. Health care economic analyses. *Retina*. 2004;24(1):139-46.
43. Jamouille M. A Comment on "Quaternary Prevention in Public Health" by Dr. Jong-Myon Bae. *J Prev Med Public Health*. 2016;49(2):139-40.
44. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*. 1997;44(5):681-92.
45. Widmer D. Care and do not harm: Possible misunderstandings with quaternary prevention (P4): comment on "Quaternary prevention, an answer of family doctors to over medicalization". *International journal of health policy and management*. 2015;4(8):561.
46. Premji K, Upshur R, Légaré F, Pottie K. Future of family medicine: Role of patient-centred care and evidence-based medicine. *Canadian Family Physician*. 2014;60(5):409-12.
47. Malin JL. Wrestling with the high price of cancer care: should we control costs by individuals' ability to pay or society's willingness to pay? : American Society of Clinical Oncology; 2010.
48. Swanson JW, Van McCrary S. Medical futility decisions and physicians' legal defensiveness: the impact of anticipated conflict on thresholds for end-of-life treatment. *Social Science & Medicine*. 1996;42(1):125-32.
49. Bae J-M. Development and application of patient decision aids. *Epidemiology and health*. 2015;37.
50. Bae J-M. Strategies for Appropriate Patient-centered Care to Decrease the Nationwide Cost of Cancers in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2017;50(4):217.
51. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(7):580-3.

52. Kalra S, Baruah MP, Sahay R. Quaternary prevention in thyroidology. *Thyroid Research and Practice*. 2014;11(2):43.
53. Godycki-Ćwirko M, Tomiak E, Wrzeciono B, Lukas W. Zakres profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej [Scope of prevention in primary care]. *Problemy Medycyny Rodzinnej*. 2009;11(1):15-22.
54. Bentaberry M, Bernstein J, Jamouille M, La Valle R, Mariño MA, Piñero A, et al. Curso Introductorio a la Práctica de la Prevención Cuaternaria (P4) SUMEFAC & FAMFyG 2017 [Available from: [http://www.famg.org.ar/archivos/Version-Imprimible-Curso-Introduccion-a-la-Practica-de-la%20Prevencion-Cuaternaria%20\(P4\).pdf](http://www.famg.org.ar/archivos/Version-Imprimible-Curso-Introduccion-a-la-Practica-de-la%20Prevencion-Cuaternaria%20(P4).pdf)].
55. Tran THV, Vo TL. Impact of quaternary prevention as a brief intervention in medical students' clinical decisions : experience from Vietnam Impacto da prevenção quaternária como intervenção breve nas decisões clínicas de estudantes de medicina : In the last decades medica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10:1-8.
56. Hirsch CD, Barlem ELD, Barlem JGT, Dalmolin GdL, Pereira LA, Ferreira AG. Cross-cultural adaptation and validation of the Nursing Student Satisfaction Scale for use with Brazilian nursing students. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2016;24.
57. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*. 1955;265(6866):683-8.
58. Illich I. *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1976.
59. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
60. Commission E. Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU Brussels: European commission; 31.1.2018.
61. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JM, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. British Medical Journal Publishing Group; 1996.
62. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Annals of Family Medicine*. 2009;7(4):293-9.
63. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual review of public health*. 2014;35.
64. Olivier de Sardan J-P. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Lectures, Publications reçues. 2008.
65. Rossi I. La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? In: Sutton LHM, Torres A, Hernández I, editors. *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Mexico: Editorial El Manual Moderno; 2017. p. 38-57.
66. Toon P. *Books: Mapping Uncertainty in Medicine: What to Do When You Don't Know What to Do: Mapping the Terrain*. British Journal of General Practice; 2016
67. Kumar NS. *Health situation of scheduled castes in Bolpur-Sriniketan*. Anthropological Survey of India. Kolkata: Ministry of Culture; 2011.
68. Chaudhuri B. *Health for All: Looking for an Alternative Approach*. Dr Ambedkar Chair in Anthropology. Department of Anthropology, Calcutta University; 2008.
69. Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basilio M. *Reimagining global health: an introduction*. Univ of California Press; 2013.
70. Menendez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*. 2005;1:9-32.