



Medicina familiar

1a. Edición
versión electrónica



Medicina familiar 1a. Edición - versión electrónica

Copyright© 2023



Corporativo Intermédica, S.A. de C.V.
1ª. Cda. 20 de Noviembre, Lt 1, Mz 3
Col. 12 de Diciembre, C.P 09870, CDMX, México
www.corinter.mx
editorial@corinter.mx

Todos los derechos reservados. Este libro está protegido por los derechos de autor.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, sin autorización previa del editor.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana
Registro No. 2860

Primera edición - versión electrónica, 2023
ISBN 978-607-7618-86-7

El contenido del libro es responsabilidad exclusiva de los autores. La editorial no se responsabiliza de ninguno de los conceptos, recomendaciones, dosis, etc., transcritos por los autores y su aplicación queda a criterios de los lectores.

ESTUVIERON AL CUIDADO Y EDICIÓN DE LA OBRA:

Aurelio García Magaña
Alejandra Velázquez Castillo
Coordinación y corrección de estilo

Luis Soriano Bello
Corrección de estilo

Hecho en México/Made in Mexico

19

Prevención cuaternaria

Dr. Ricardo Ángel Lavalle
Dr. Enrique Miguel Pizzanelli Báez
Dr. Marc Jamoulle
Dra. María de Lourdes Rojas Armadillo

Introducción

Prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica.¹

En 1986 Marc Jamoulle propuso un concepto desafiante: prevención cuaternaria (P4). Este concepto confronta los ideales positivistas de la modernidad que afirman que la ciencia y el progreso de la sociedad son constantes y siempre para mejorar. Esta concepción remite a la idea de *iatrogenia positiva*² de Michael Foucault al recordar que la medicina desde principios del siglo XX ha adquirido la capacidad para matar por su correcto ejercicio y no solamente por impericia o ignorancia, sino también, en la medida de su saber y de su cientificidad. Alejarse de la concepción de ciencia de la modernidad nos permite separarse de la idea de que la ciencia es algo que únicamente se ocupa del conocimiento y separada de la ética y de las influencias de la política y economía.³

Dicha señalización es indispensable para incluir los aspectos sociales, políticos y económicos que influyen al pensar en un sistema de salud y para reconocer la función de la ideología de la ciencia y

un pensamiento colonial al servicio de intereses que no son los de las personas ni del Estado y que generará el despilfarro de recursos en nombre de falsas promesas de eterna juventud, resolución de incertidumbres y posibilidad de prevenir y curar cualquier enfermedad a cualquier costo y sin límites.

El concepto de prevención cuaternaria también se refiere a una nueva perspectiva: la de tal prevención. Así, al desafiar el sentido común predominante en la sociedad que prescribe que la prevención es siempre correcta, se ve que la prevención excesiva o mal utilizada puede causar daño.

Marco histórico

A propósito de un garabato

El concepto de prevención cuaternaria se creó en 1986 cuando lo acuñó el médico generalista belga Marc Jamouille. La primera comunicación científica se realizó en el Coloquio de Namur, Bélgica.⁴

En su artículo *A propos d'un dessin* (A partir de un garabato), Marc Jamouille narra cómo surgió la idea de la P4:⁵

Durante un proceso de formación en salud pública, sumergido en los ejercicios de chi cuadrado, ese *test* estadístico que intenta separar la paja del trigo, me entrenaba en calcular especificidades, sensibilidades y otros valores predictivos, sabiendo sin embargo, que ellas valen sobre todo para las poblaciones, pero nada para un paciente individual. Me interesaba en los grandes números y en su inmenso potencial predictivo para los acontecimientos agrupados, pero luego del curso me reencontraba con mis pacientes y situaciones como ésta: “Él está sólo con su mujer enferma, le duele la espalda y bebe”, situación que escapa a toda influencia estadística, y a toda predictividad. Siempre fui uno de esos malos estudiantes que en clase se sientan cerca de la estufa y lejos de la mirada inquisidora del maestro. Por suerte para mí, aún no existía el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad. En 1986 yo conservaba la capacidad para estar en la Luna durante las clases. Esto explica que durante un curso de estadísticas me había puesto a hacer un dibujo en la esquina de una hoja. En vez de hacer una prueba de casos, garabateé un nuevo tipo de prueba improbable: la

prueba del médico contra el paciente, el conocimiento de alguno en oposición la duda de la mayoría, la ciencia vs la consciencia.

Relación de percepciones del médico y del paciente

En su artículo *Prevencción Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia* en los Sistemas de Salud, los autores analizan las percepciones del paciente acerca de su estado de salud y el enfoque científico del médico desde la evolución natural de la enfermedad.²⁸ En ella se definen cuatro sectores en los cuales se pueden adoptar medidas relacionadas con la prevención. Asimismo, cabe decir que este sistema de relaciones, establece una relación dialéctica médico-paciente que permite incluir otros aspectos, además de los preventivos, como ética, medicalización y daños que pueden provocar la práctica médica. Esta actitud requiere un cambio en el punto de vista médico que supere la perspectiva de la evolución natural de la enfermedad para abarcar aspectos habitualmente no considerados desde la práctica hegemónica de la profesión (*ver modelo médico hegemónico* en líneas ulteriores), como aspectos sociales, económicos, políticos y la novedosa idea de que la prevención no siempre es beneficiosa.

Este modelo relacional permite realizar acciones asistenciales con efectos protectores hacia los pacientes y la comunidad, con lo cual se evita distorsionar la atención de salud, medicalización de la vida y mal empleo de los recursos. Dicho enfoque permite utilizar de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos en forma individualizada, evitando los que no ofrecen beneficios ni mejoran la salud individual ni colectiva, ni disminuyen la morbimortalidad general e incluso pueden provocar daño.

Leavell y Clark hicieron propuestas paradigmáticas acerca de la evolución natural de la enfermedad con la idea de desarrollar un punto de vista y un método de enfocar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en su sentido más amplio.⁶ Uno de los resultados de esta iniciativa aplicada a acciones preventivas es el de los niveles de prevención. Desde ese momento, el modelo conceptual de las definiciones de prevención y las clasificaciones y propuestas de acciones preventivas se han configurado como un modelo cronológico, biologicista, centrado en la progresión mórbida como variable continua, diseñado de acuerdo con el punto de vista de

los profesionales de la salud y los expertos en salud pública. En este sentido, enfoque de la prevención cuaternaria agrega un nivel que no había considerado hasta entonces y que desafía el modelo.

Niveles de prevención⁷

Prevención primaria: “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978).

Prevención secundaria. Destinada al diagnóstico anticipado de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente posible. Abarca acciones en consecuencia de diagnóstico y tratamiento oportunos. Estos objetivos se pueden lograr con el examen médico periódico y la búsqueda de casos (pruebas de cribado). Tales actividades preventivas son los programas de detección temprana que incluyen el cribado de enfermedades y el diagnóstico precoz. Las acciones se realizan en poblaciones o individuos en los que está presente una patología, pero aún no se ha expresado, es decir, en la etapa presintomática. El cribado es una acción organizada en una población de pacientes con características comunes. A su vez, el diagnóstico anticipado se dirige a individuos que por sus características presentan mayor riesgo de enfermar con el objetivo de encontrar una enfermedad en etapa incipiente, de tal modo que, sin realizar la intervención, esta enfermedad sería indetectable.

Frame y Carlson⁸ establecieron algunos criterios para determinar la pertinencia de rastreos de enfermedades o condiciones, a saber:

- La condición buscada debe ser una causa frecuente de enfermedad y muerte.
- Debe ser posible detectarla antes de que se presenten síntomas.
- Debe disponerse de pruebas efectivas y eficaces para encontrarla.
- El tratamiento temprano demuestra beneficios (disminuye la mortalidad por esa causa).

- El daño que produzca la intervención del médico asignado debe ser menor que el del tratamiento en fase tardía.

Tales criterios establecen las condiciones para que el rastreo cumpla estándares de calidad, eficiencia y eficacia. Existen programas de rastreo que no cumplen estas condiciones, por lo cual han generado iatrogenia y son fuente de controversia y revisión. La consecuencia de aplicar programas poblacionales masivos de cribado para detectar el cáncer es que aumenta la incidencia con mayor número de diagnósticos, pero, paradójicamente, no hay cambios en la mortalidad por dicha causa. Este efecto se llama sobrediagnóstico, en inglés *overdiagnosis*^{9,10} y puede ser inducido por excesos en los cribados (*overscreening*). Este exceso de diagnóstico provoca el efecto de un aumento en el número de personas que sobreviven a determinada enfermedad y que en la casuística se etiquetarán como “curados de cáncer”, lo cual provoca una falsa interpretación de efectividad.

Cuando se analiza el efecto de los cribados, un error frecuente es usar de manera inadecuada el efecto de la supervivencia a cinco años y del riesgo relativo, en vez de utilizar el riesgo absoluto. Un ejemplo al respecto es la siguiente situación: si en un hombre de 55 años la disminución del riesgo relativo al recibir cribado para cáncer de colon es de 18%, la reducción del riesgo absoluto (probabilidad de sufrir un evento) es sólo de 0.014%. Por ello, se debería explicar al paciente que la probabilidad de no morir de cáncer colorrectal es de 99.34% para la población cribada y de 99.20% para la no cribada.¹¹ El sobrediagnóstico implica un error en el pronóstico al atribuir la misma evolución a entidades de diagnóstico similar, pero con consecuencias totalmente distintas en la vida del paciente, lo cual significa que se detectarán “tumores” que nunca evolucionarán a una etapa invasora.

Otro ejemplo es el uso de la prueba de antígeno prostático específico (PSA en sangre) en población sana, como cribado para detección de cáncer de próstata. Esta práctica debería estar proscrita de las acciones preventivas porque los daños que produce superan ampliamente a los beneficios que proporciona.¹² La epidemiología del cáncer de próstata muestra que la mayor parte de los hombres muere

con cáncer de próstata. El profesor Ablin, destacado investigador en el área del cáncer de próstata y creador del PSA, sintetiza con claridad los problemas ocurridos por el uso de este estudio:

[...] nunca soñé que mi descubrimiento, realizado cuatro décadas atrás, hubiese conducido a tal desastre en la salud pública provocado por la búsqueda de beneficios económicos. La comunidad médica debe enfrentar la realidad y detener el uso inapropiado del PSA como estudio para cribado. Al hacer esto se ahorrarán billones de dólares y se rescatarán millones de hombres, al evitar que se sometan a tratamientos innecesarios e invalidantes.¹³

Prevención terciaria. Se refiere a acciones referentes a recuperar *ad integrum* la enfermedad clínicamente manifiesta mediante un correcto diagnóstico y tratamiento, así como la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas en busca de reducir de este modo dichas acciones.

Prevención cuaternaria. Nueva dimensión de la prevención y de los cuidados. Es un modelo relacional porque no es individualista ni reduccionista y porque su marco conceptual incluye las interacciones entre el sistema de salud, los profesionales y los usuarios desde un marco ético que parte del principio de *primum no nocere* y permite considerar los aspectos humanos, culturales y sociales que se ponen en riesgo en el momento de la práctica y en la planificación y ejecución de los programas.

Esta forma de entender y practicar la prevención ya no del modo tradicional permite analizar las acciones en salud de un modo individualizado y se vuelve protectora y respetuosa de los procesos precisamente individuales de salud-enfermedad. Al incorporar este modo de entender la prevención en la práctica médica, se reorienta desde un eje centrado en la enfermedad hacia otro enfocado en la persona, de una directriz que toma como centro al sistema de salud y al profesional hacia otra en el que cada protagonista asume su función y la responsabilidad compartida que le compete.

¿Cómo se llega a la P4?

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 que 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 equipo de salud, además del sentimiento 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. El modelo actual de la medicina fue descrito por Eduardo Menéndez en un trabajo fundacional realizado en 1978 en México llamado modelo médico hegemónico (MMH).¹⁴

El MMH, descrito por Eduardo Menéndez, es lo que dicta el “sentido común” acerca de lo que debe ser un médico y ha de hacer la medicina. Este sentido común no es ingenuo, sino el producto de una concepción que se constituye hegemónica (en términos de Antonio Gramsci), la cual representa el punto de vista de las clases dominantes, adoptado por el resto de la sociedad y legitimado por el Estado.

Los principales rasgos estructurales del MMH son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico.

En la sociedad occidental el MMH es el producto de las concepciones científicas del positivismo (con marcada influencia del positivismo lógico o concepción heredada), de la aplicación de las ideas del informe Flexner¹⁵ a la educación médica, de las concepciones político-económicas neoliberales y de la posmodernidad.

El positivismo, ideal de la ciencia desde el siglo XVII, formó parte de la medicina de Bichat y Morgagni en el siglo XVIII para consolidarse en el siglo XIX con Claude Bernard. El positivismo recibe su nombre de lo positivo, palabra utilizada por Auguste Comte para designar lo real, fáctico, observable, cuantificable y empírico, es decir, lo que se percibe por medio de los sentidos (empirismo) en oposición a lo metafísico, dejando así fuera de la ciencia todo lo concerniente a la moral y la ética. La ciencia que legó el positivismo

y la concepción heredada son empiristas, deshistorizadas y se desentienden de comprender cómo y por qué se generan las teorías científicas centradas sólo en su verificación mediante la lógica matemática y cree que el modelo de todo saber y de método científico es la física (reduccionismo). Asimismo, reduce la razón a la ciencia, pero desprecia otras formas de conocimiento; de este modo, el conocimiento científico aparece no sólo como el exponente más grande y acabado de la razón humana, sino también se constituye en la única racionalidad posible en perjuicio del conocimiento estético o filosófico.

El positivismo es una ciencia basada en la ratio (razón calculante y deshumanizada) en oposición al logos griego, al que desplazó históricamente, que estaba en armonía con la naturaleza, la respetaba y que admitía la belleza, la verdad y la sabiduría como valores apreciables; además, el positivismo tiene pretensión de objetividad, ilusión de progreso constante al creer que éste es siempre para bien e instrumentalista (conocimiento mediado por instrumentos).

El modelo positivista llegó a la educación médica en 1910 con la aparición del informe *Medical education in United States and Canada o informe Flexner*, como es ampliamente conocido. La aparición de este informe redujo el número de escuelas de medicina en Estados Unidos y una reforma del currículo dividido en un primer ciclo dedicado a las ciencias básicas y un segundo ciclo clínico, como se conocen hoy. Toda la propuesta de Flexner giró en torno del papel que desempeña el médico y se centró en la curación de la enfermedad. El modelo flexneriano colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención del individuo basada en la “departamentalización” del conocimiento y la especialización de la práctica médica. Este modelo, en el que se forjó la medicina estadounidense, se expandió rápidamente por todo el mundo y pasó a ser el modelo de educación médica.

La evolución de la sociedad y de las concepciones político-económicas dominantes constituyó el terreno fértil para generar el MMH como expresión de este proceso. A mediados del siglo XX, durante y después de la Segunda Guerra Mundial aparece el Estado

de bienestar, sobre todo en la Europa de la posguerra. Un hito de este proceso fue el Plan Beveridge¹⁶ en Inglaterra, que en 1942 dio origen al sistema nacional de salud inglés; con el Plan Beveridge, la salud se incursionó en el campo de la macroeconomía. Además del derecho a la salud, en esta época apareció el derecho de los trabajadores para enfermar. Las ausencias a los puestos de trabajo y la cobertura de los riesgos laborales ya no pueden ser cubiertas por seguros o cajas de pensiones y comienzan a ser un gran desembolso para las partidas presupuestarias estatales. Desde el siglo XVIII la medicina y la salud aparecieron como un problema económico. El cuerpo humano fue incluido dos veces en el mercado: la primera por el asalariado, quien vendió su cuerpo como fuerza de trabajo, y la segunda por intermedio de la salud.

En asociación con la Revolución industrial se esperaba que la medicina brindara individuos fuertes en buenas condiciones para trabajar. Luego la medicina se convirtió en un objeto de mercado y de consumo al ser capaz de producir riqueza por su propia actividad, así como en objeto de deseo para unos y de lucro para otros. Paradójicamente, el aumento de los recursos médicos aplicados a una sociedad no produce una mejoría equivalente en el nivel de salud porque más consumo no genera más salud, pero sí un efecto iatrogénico con la aparición de las complicaciones y muertes por el uso de la medicina: la iatrogenia positiva de la que hablaba Foucault.¹⁷ La Segunda Guerra Mundial tuvo muchas consecuencias, una de las cuales fue el resquebrajamiento de la concepción de la modernidad para la cual el progreso siempre era positivo y otra fue un cambio en el orden mundial, plasmado en el acuerdo de Bretton Woods,¹⁸ que consolidaba la hegemonía de Estados Unidos a nivel mundial.

Alrededor de la década de 1980 la posmodernidad y el consenso de Washington cambiaron el orden mundial al estar en auge los valores del neoliberalismo con consecuencias ruinosas para los países periféricos y en el siglo XXI estas consecuencias llegaron a los países centrales.¹⁹ En ese sentido, las políticas más destacadas disminuyeron el déficit fiscal, la inflación como parámetro central de la economía, la reducción del gasto público (fin del Estado de bienestar y achicamiento del Estado), el aumento de ingresos fiscales mediante la reforma tributaria, las tasas de interés y el tipo de

cambio determinados por el mercado, la liberación de importaciones, la inversión extranjera directa, las privatizaciones y la desregulación de la economía.

En el orden social, la sociedad llamada *posmoderna*²⁰ o tardomoderna se caracteriza por su hedonismo, permisividad, anomia, privatización ampliada, erosión de las identidades sociales y abandono tanto ideológico como político. Ésta es una sociedad flexible, basada en la información y en la estimulación de las necesidades, el sexo y el culto a lo natural y a la cordialidad, anómica, con el mínimo posible de austeridad y el máximo de deseo, además de la menor represión y la mayor comprensión posible. La sociedad posmoderna significa retracción del tiempo social e individual, la hiperinformación, el aumento de la velocidad y la avidez de identidad y de diferencia. En este contexto se produce la disolución de la confianza en el futuro, se quiere vivir enseguida, en el aquí y ahora, conservarse joven y no forjar el hombre nuevo. Ésta es la sociedad del desencanto y de la monotonía de lo nuevo que produce el cansancio que neutraliza en la apatía aquello en lo cual se funda: el cambio.

En dicho periodo y en el contexto favorable creado por el consenso de Washington se produjo el desarrollo exponencial de la industria químico-farmacéutica y de la aparatología médica que promovió la generación de un mercado mundial al que se sumarían, en la faz de financiarización de la economía, los seguros de salud como forma de acumulación con fines financieros de los recursos sociales.

La medicina se convirtió en objeto de mercado, anhelado e idolatrado por una sociedad en la que no se permite ser viejo ni feo, que no admite dejar de trabajar por estar enfermo y en la cual no se toleran el dolor ni la muerte. La aparición del mercado como actor principal de esta época, concordantemente con los cambios sociales de la posmodernidad que transformaron a ciudadanos en consumidores en la búsqueda de la “salud perfecta” dieron un nuevo impulso al proceso de medicalización.^{21,22} Al mismo tiempo, el grupo de médicos, formado en la escuela flexneriana, forjado en el modelo médico hegemónico, pauperizado y sin conciencia de estos procesos que hemos descrito es presa fácil de los dictados del mercado.

Los médicos se han empecinado en un modelo de ficción en el que olvidan aquella famosa máxima de “el que sólo de medicina sabe ni de medicina sabe...” En ese orden de ideas, tienen la sensación de actuar en un mundo donde pueden conocer la realidad con certidumbre, un orbe determinista donde no hay lugar para la duda, los sentimientos, las pasiones ni el amor y por el que transitan como hijos dilectos de la ciencia, además de que no se contaminan con cuestiones espurias, como política, poder y economía. Ese mundo en el que vivimos porque no conocemos otro, en virtud de no tener la formación suficiente para cuestionarlo o ampliarlo, tiene una frontera que nos separa del mundo que vive la gente en general, aquel por el que transcurre la vida. Todo médico sabe lo que pasa: *el que no es parte de la solución, forma parte del problema...*

La P4 es una concepción que surge de esta insuficiencia del MMH en dar respuesta a muchos problemas de salud y en crear otros que provocan daños y muertes innecesarias y el despilfarro de los nunca abundantes recursos que los países destinan a la salud. Por ello, no es casualidad que la prevención cuaternaria haya sido pensada por un médico de familia, ya que esta disciplina se creó como una respuesta a las insuficiencias del modelo.

Un concepto, muchos nombres...

Existen múltiples iniciativas y antecedentes de la P4. Historia de la medicalización de Michael Foucault en 1977, libros fundacionales como *Némesis médica* de Iván Illich (1975), *Death of human medicine* (1994), *False premises, false promises* (2000) y *Follies and falacies in medicine* (1989) de Petr Skrabanek, quien a su vez es fundador del concepto de escepticismo, luego retomado por el español Gonzalo Casino en conocido blog.²³ Todas estas múltiples iniciativas que tributan a la P4 tienen origen en la denuncia de las insuficiencias del MMH y de los excesos perpetrados en la búsqueda del lucro.

En el mundo anglosajón se destaca el concepto de *disease mongering*, que puede ser traducido como venta de enfermedades, cuyo objetivo es ampliar las fronteras de la enfermedad y acrecentar así los mercados para aquellos que venden y proveen tratamientos. De esta forma, aspectos de la vida diaria, como la menopausia, son medicalizados; problemas moderados se presentan como serios

padecimientos, como ha ocurrido con la propaganda financiada por compañías farmacéuticas sobre el colon irritable y factores de riesgo, como colesterol elevado, hipertensión arterial y osteoporosis, que se presentaron como enfermedades.

La medicalización y *disease mongering*²⁴ son en esencia conceptos complementarios. La medicalización hace referencia a un proceso social, un cambio, una transformación que modifica la medicina en una estrategia biopolítica al proveer una tecnología específica para controlar el cuerpo social; así, *disease mongering* hace referencia a las consecuencias socioeconómicas de la medicalización. Por ende, la medicalización de la sociedad y la vida prepara el terreno para el despliegue de *disease mongering*, cuyo objetivo final es la explotación económica de esta situación, principalmente por medio de la industria farmacéutica.

El avance de la medicalización y de lo que otra corriente tributaria de la P4 denomina sobrediagnóstico alcanza múltiples áreas, como la salud mental, la niñez, la prevención (cribaje o tamizaje) y las enfermedades inventadas.²⁵ Algunos ejemplos de estos avances son la medicalización de la depresión, la tristeza, la timidez (fobia social), el TADH, el síndrome de las piernas inquietas, el exceso de mamografías, la disfunción eréctil, la disfunción sexual femenina, el escándalo de la gripe A y el oseltamivir, famoso caso del uso de estrógenos para combatir los síntomas de la menopausia, etcétera. Un ejemplo actual se vincula con la preocupación y lucha a nivel mundial que ha convocado a médicos generalistas a alertar e invitar a reflexionar acerca de que las definiciones de las enfermedades se han ampliado mucho en los últimos años.²⁶ Esto conduce al tratamiento excesivo y en sujetos sanos hasta innecesario.

Es importante señalar que el vehículo final de diseminación de estas estrategias es el miedo. Un ejemplo de esto es la promoción de jabones antibacterianos, que contradicen la infectología básica al generar selección de flora patógena; promoción basada en el miedo al otro y, para colmo de males, avalada por sociedades médicas que sólo reparan en el mezquino objeto del lucro.

Pensar desde la periferia

La P4 es un movimiento contrahegemónico que tiene un desarrollo predominante en países periféricos. Este movimiento incluye muchas otras perspectivas desarrolladas en los países centrales, pero es la única que tiene una postura ideológica que analiza el paradigma actual de la medicina que legitima las mismas causas que dan origen a la P4, proponiendo pensar una nueva forma de hacer medicina que incluya valores éticos, otras formas de conocimiento, y el retorno a una medicina humanitaria con lugar para la incertidumbre, la compasión, el encuentro entre personas y no mercantilizada.

Como dice Marc Jamouille, la prevención cuaternaria se ha difundido por el mundo, especialmente en Sudamérica, Asia y, en menor medida, Europa y América del Norte. Esto no es casual, sino en los márgenes de la centralidad del pensamiento hegemónico de la modernidad (Europa y Estados Unidos de América) que se nota más su insuficiencia y donde más se sufren las consecuencias de la pobreza, la exclusión y la desigualdad, donde todo ello influye directamente en la salud y se generan mejores espacios para las soluciones creativas.

La P4 tiene un desarrollo importante en Argentina, Brasil, Uruguay, España, Bélgica y Francia, entre otros. En Argentina, en el marco de la Federación argentina de medicina familiar y general (FAMFYG) se constituyó una comisión de P4 en 2012 que ha realizado seminarios y jornadas nacionales, y participado en eventos internacionales. A esta convocatoria inicial también se han sumado otras sociedades, como la Sociedad argentina de medicina interna general (SAMIG), la Sociedad de psiquiatras argentinos (APSA) que recientemente ha constituido su propio capítulo, la Asociación latinoamericana de medicina social (ALAMES) y la Sociedad uruguaya de medicina familiar y comunitaria (SUMEFAC). En 2015, en el marco del Congreso de medicina familiar en Montevideo, se formó el grupo de trabajo en prevención cuaternaria de CIMF*/WONCA†.

* Centro Internacional de Medicina Familiar.

† World Organization of National Colleges, Academies (WONCA) and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

En México se integra por primera vez el grupo de trabajo de prevención cuaternaria del Colegio Mexicano de Medicina durante la Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar de Montevideo en 2015. Desde entonces hay presencia de P4 en los congresos nacionales y locales; además, se han avanzado propuestas curriculares para incluir P4 en el currículo de los planes de estudio de profesionales de la salud. Se han diseñado líneas de investigación de P4 en diversas universidades e instituciones de salud, normotecas y medios digitales para su mayor difusión y se está trabajando para que los congresos se encuentren libres de la industria farmacéutica, aunque el avance es menor, pero no se cesa en el intento.

La medicina familiar/general es la especialidad de la medicina que lidera este movimiento, pero no es casualidad, ya que el origen de la especialidad está vinculado con la insuficiencia del MMH. La inclusión de los aspectos sociales y psicológicos en la actividad médica son eje central de la especialidad (enfoque biopsicosocial). Un avance central que se ha producido en este marco es la comprensión del papel fundamental de la incorporación de los aspectos éticos, como señala entre otros Juan Gervás²⁷ del Equipo CESCO de España. El desarrollo actual incluye además los aspectos políticos y económicos, como parte indispensable de la posibilidad de entender en profundidad los procesos socioeconómicos y políticos en que, como grupo médico, el personal médico está inmerso para dejar de ser un mero instrumento de los poderosos.

Pensar desde los márgenes y desde los márgenes es imaginar desde la periferia del Imperio, es invertir el mapa de la hegemonía colonial para romper con el MMH y pensar que es posible una forma diferente de hacer medicina.

Para pensar en una forma nueva de hacer y concebir la medicina hay que comenzar por cuestionar los fundamentos de la práctica médica y de la inserción del personal médico en la sociedad. Friedrich Nietzsche diría que tenemos que filosofar a martillazos para destruir las ideas viejas y reconstruirlas desde nuestra perspectiva. Ésta es una tarea harto difícil ya que hemos sido formados en el MMH y desde dicho paradigma realizamos su crítica, por lo cual paradójicamente terminamos validándolo. Todo sistema tiende a equilibrarse y la P4

corre el riesgo de ser cooptada por los mismos actores que ella critica, como sucedió con la medicina basada en la evidencia; de hecho, en los últimos seminarios internacionales ya se habla de una posible P5 que nos proteja de los excesos de la P4. La única alternativa de cambio es salir del actual paradigma y crear uno nuevo. Hasta que haya una ruptura y cambio de las reglas de juego habrá posibilidades de un cambio superador y duradero.

Para iniciar esta búsqueda es necesario dejar de concebir a la medicina como una ciencia, en el sentido de ciencia de la modernidad (positivista), y retomar el contrato inicial de la medicina con la sociedad. La medicina es fundamentalmente una práctica que se propone curar o mantener la salud de la especie humana; además, es una profesión basada en un arte, aunque sin desconocer que es usuaria intensiva de los productos de la ciencia. Recuérdese lo que Rudolf Virchow decía en el siglo XIX: “Los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción. La medicina es ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”. Debemos reformular nuestro contrato con la sociedad y para ello tener muy claro que nuestra lealtad debe estar siempre con los enfermos, los pobres y los que están en situación de debilidad. Para este nuevo contrato también se debe tener en cuenta la magnitud del poder que se nos ha entregado y estar a la altura de tamaña responsabilidad.

Es necesario mencionar la participación de la P4 en las cumbres iberoamericanas de medicina familiar, ya sean eventos de intercambio de experiencias en políticas de salud y académicas, además de mejores prácticas y actividades participativas con representantes estratégicos del área de la salud, educación e investigación de distintos países. Estas cumbres buscan soluciones a los problemas de organización, asistencia, formación e investigación en los sistemas de salud de Iberoamérica, en especial los relacionados con la atención primaria y medicina familiar. Los participantes a las cumbres son ministros de salud de la región de Iberoamérica, autoridades que representan a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a la Organización Mundial de la Salud (OMS), autoridades de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (CIMF), así como a representantes de la

Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), junto con gestores de salud y educación y a representantes de las sociedades académicas interesadas en medicina familiar. Como resultado de las cumbres se emiten recomendaciones a los países iberoamericanos con el objetivo de servir de base para el desarrollo de un trabajo conjunto de los gobiernos de los países participantes, organizaciones CIMF/WONCA, OPS/OMS e instituciones prestadoras de servicios de salud, a partir de donde se podrán concretar las recomendaciones. A continuación se mencionan las cumbres desarrolladas hasta el momento:

- a) 2002, Primera Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar: Declaración de Sevilla. “Comprometidos con la salud de la población”.
- b) 2005, Segunda Cumbre Iberoamericana de Medicina: Carta de Santiago. “El médico de familia, garantía de calidad y equidad en los sistemas de salud de Iberoamérica”.
- c) 2008, III Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar: Carta de Fortaleza. Fortaleza Brasil “Misión y desafíos para la medicina familiar y la atención primaria en el siglo XXI: equidad, integralidad y calidad en los sistemas de salud”.
- d) 2011, IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción Paraguay “Medicina familiar y atención primaria en salud renovada: pensamiento y acción en beneficio de la salud familiar”.
- e) 2014, V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Carta de Quito. “Cobertura universal, Medicina familiar y participación social”.
- f) 2015, VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar en Montevideo Uruguay, se integra el grupo de trabajo de P4 de WONCA/CIMF con la participación de médicos de familia de Uruguay, Argentina, México, Costa Rica, Ecuador, Bolivia, Perú, Brasil, Colombia, Guatemala, Portugal y España.
- g) 2016, VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria: Carta de Quito “Universalidad, equidad y calidad en los sistemas de salud: medicina familiar y comunitaria como eje”.

Eje de trabajo

Prevencción cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud

Prevencción cuaternaria

La prevencción cuaternaria consiste en desarrollar cuidados de salud y modos de ejercer la medicina que prioricen la centralidad en la persona. Su marco conceptual se sustenta en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina, en aspectos epistemológicos y de carácter social. Su objeto es proteger fundamentalmente a los pacientes, sin menoscabo de los integrantes del equipo de salud, de los excesos de la medicalización y de las prácticas innecesarias o dañinas. Es una estrategia que tiende a disminuir la iatrogenia y paliar los efectos adversos de las intervenciones necesarias.

Recomendaciones

- Difundir el concepto de prevencción cuaternaria como enfoque vital en la práctica médica y la gestión de los servicios de salud.
 - Contribuir a la implementación del concepto de prevencción cuaternaria en la educación formal de las profesiones de la salud, en el pregrado, posgrado, formación continua y en la investigación; elaborando un documento de recomendaciones que contribuya a la discusión del concepto con las diferentes organizaciones que definen las políticas de educación.
 - Promover la no medicalización de los acontecimientos propios a las etapas de la vida, mediante estrategias elaboradas junto a los equipos de salud y la comunidad.
 - Incentivar que las intervenciones sanitarias dirigidas a la población estén basadas en la mejor evidencia científica, sean éticamente aceptables para el contexto local y estén centradas en la persona.
- h) 2018, VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Carta de Cali: “40 años de Alma-Ata: la medicina familiar y la atención primaria un camino para la paz”.

Eje 5. Prevención cuaternaria: cómo hacer y cómo enseñar

Recomendación

- Difundir en los equipos de salud y en la comunidad, a través de las redes sociales, medios de comunicación masiva, líderes comunitarios, escuelas y otros grupos de apoyo, el concepto de prevención cuaternaria, con el fin de lograr el “empoderamiento para la salud”.

Entre las propuestas y recomendaciones del equipo de trabajo de P4 durante esta cumbre iberoamericana de medicina familiar²⁸ se desarrollaron contenidos y líneas estratégicas en tres ejes de trabajo: recomendaciones para incluir el concepto en la formación de los médicos de familia (pregrado y posgrado), en la comunidad, en la población general y a nivel de las políticas públicas de salud.

Líneas de acción en el escenario académico

- A nivel académico es necesario difundir, consolidar y aplicar el concepto de prevención cuaternaria entre los profesionales de la salud, en particular en el currículo de pregrado y posgrado de las universidades.
- Se considera prioritario promover el concepto de prevención cuaternaria y plantearlo conceptualmente como una actividad clínica genuina en nuestra práctica comunitaria diaria. Profundizar y promover reflexión entre colegas, acerca de su sentido y el modo de aplicación en situaciones concretas.
- Vinculación con las universidades para realizar propuesta de inclusión de prevención cuaternaria en el currículo.

La universidad debe tomar como propios los problemas identificados en el entorno y contribuir a su solución y así ganar prestigio ante la comunidad, que transformará su opinión respecto a la institución, ésta desempeñará también el rol que le corresponde, sobre todo en lo concerniente a la educación y formación de pregrado y posgrado.

Estrategias para la gestión curricular del concepto de prevención cuaternaria en la formación de los profesionales de la salud en Iberoamérica

- Elaborar un documento de recomendaciones curriculares con la conceptualización básica de la prevención cuaternaria y su implicación en la salud, planteando las competencias que implica con sus respectivos saberes cognitivos, procedimentales y actitudinales.
- Educación formativa: pregrado y posgrado.
- Insertar módulo de prevención cuaternaria en pregrado y posgrado.
- Promover la participación en formación docente en prevención cuaternaria.
- Favorecer la utilización de herramientas de lectura crítica de artículos que permita desarrollar pensamiento crítico y análisis de sesgos.
- Desarrollar talleres de discusión de dilemas éticos, comunicación efectiva, cuidados centrados en la persona y decisiones compartidas.
- Favorecer el desarrollo de investigación con focalidad en temas de interés de la prevención cuaternaria en médicos residentes.
- Inclusión de prevención cuaternaria en exámenes profesionales y examen de certificación por los consejos de las especialidades.
- Generar un acervo documental en prevención cuaternaria.
- Desarrollar un observatorio en prevención cuaternaria.
- Generar una normoteca digital sobre prevención cuaternaria.
- Elaborar y boletines videos de prevención cuaternaria.
- Favorecer el trabajo interdisciplinario en prevención cuaternaria (equipo de salud, otros profesionales, técnicos sanitarios y especialistas focales).

Temas de interés de la prevención cuaternaria

- Medicalización.
- Concepto de salud y enfermedad.
- Sobrediagnóstico.

- Exceso en intervenciones preventivas.
- Cribado de cáncer.
- Riesgo cardiovascular.
- Chequeos ejecutivos.
- Efectividad y seguridad de la vacunación.
- Mercadeo de enfermedades.
- Excesos en uso de paraclínicos, así como imágenes diagnósticas e incidentales.
- Sobremedicalización: polifarmacia, deprescripción, uso racional de medicamentos, eventos adversos y efecto cascada farmacológica.
- Seguridad del paciente.
- Estudio de los factores que afectan la medicalización, medicina basada en la evidencia: ética de la investigación y la bioética en la práctica clínica actual.
- Método clínico: comunicación efectiva, método clínico centrado en la persona, método clínico centrado en la relación, cuidados centrados en la persona, toma de decisiones compartidas y ayudas de decisión.

Ruta curricular

El proceso de cómo concretar todo lo anterior en un micro currículo es una tarea compleja en la medida que cada universidad tiene su propio currículo. El ejercicio que se hará a continuación es un mero acercamiento teórico a contenidos que podrían incluirse en determinados cursos en una secuencia curricular dada.

Propuestas para establecer políticas acordes con el pensamiento de prevención cuaternaria

Toda reforma de un sistema de salud debe ser iniciada desde una perspectiva ética y estar fundamentada en objetivos de desarrollo sostenible con principios políticos claramente formulados que asegure el cuidado ecológico, la participación de la comunidad y los distintos sectores en su conjunto para una co-creación de soluciones para un cambio sustentable.

Una estrategia integral de desarrollo humano y salud con enfoque de equidad y con influencia en los determinantes de salud

requiere un sistema de salud que persiga la superación de la pobreza y el hambre, asegure atención de salud y promueva el bienestar para todos a lo largo del ciclo vital, aporte a la educación y dé oportunidades de desarrollo en todo el curso de vida; logre equidad de género, contribuya a la disponibilidad y al manejo sostenible de agua y servicio sanitario, impulse el acceso a energía confiable y sustentable, coopere con el crecimiento económico sostenible con trabajo digno, colabore en el diseño de una infraestructura resiliente a los desastres, fomente la innovación y la industrialización sustentable, promueva la reducción de la inequidad entre países, aporte al fomento de patrones de producción y consumo sostenibles, asuma medidas para combatir el cambio climático y sus impactos, impulse el uso racional de los recursos naturales para un desarrollo sostenible, colabore en la protección del ecosistema terrestre y la biodiversidad, participe en la promoción de la paz en ciudades inclusivas, fortalezca los medios para poner en práctica la asociación global, en este caso la salud global, para un desarrollo sustentable.

En este contexto, el enfoque de prevención cuaternaria tiene un aporte esencial. Si se considera como movimiento, puede impulsar la promoción de cambios en la forma de ser y ejercer la medicina y en el modo de organizar los sistemas de salud con énfasis en 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 de la mercantilización, y del afán de lucro de algunos actores. Para iniciar este cambio se proponen los siguientes principios:²⁹

- a) La salud es un derecho y no un objeto de mercado.
- b) La salud no se puede comprender si sólo se analiza el sector salud y se prescinde de su contexto, por lo cual es necesario incorporar la mirada social y política al ejercicio de la profesión para incluir los determinantes sociales en el desarrollo de políticas de salud y en el ejercicio de la profesión. El modelo médico predominante en la actualidad, analizado desde el punto de vista sociológico, ha sido caracterizado como hegemónico, reduccionista, deshumanizado, fragmentado y mercantilista.
- c) La medicina como ciencia es predominantemente social; además, debe abandonar el enfoque reduccionista del positivismo y neopositivismo y asumirse como arte más que como ciencia para recuperar la capacidad de atender personas que sienten

y que sufren sin que esto signifique no valorar ni incorporar todos los conocimientos que la ciencia y la tecnología aporten ni descuidar el conocimiento biomédico.

- d) La definición de un sistema de salud es política y forma parte indisoluble de la definición del modelo de país al que pertenece.
- e) El ejercicio de la medicina está determinado por la política y los médicos que, en consecuencia, no deben ser actores pasivos, sino aportar su visión particular de sociedad y participar en la definición del modelo a seguir.
- f) La atención primaria de salud (APS) sólo funcionará integrada a un sistema de salud. La APS no puede funcionar en forma aislada del resto del sistema de salud, sino estar integrada a todos los niveles de atención distribuida transversalmente en todos los niveles de complejidad.
- g) La medicina familiar debe plantearse como una especialidad transversal.
- h) La complejidad en medicina se debe definir en función de la capacidad de resolución de problemas de los agentes de salud y no en función de la tecnología.
- i) Los conocimientos y las medicinas son bienes sociales. El séptimo principio consagrado por el preámbulo de la constitución de la Organización Mundial de la Salud establece: “La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud”. La existencia de barreras a su acceso, patentes y costos excesivos atenta contra la tarea de alcanzar esa meta.

Se mencionan algunas formas concretas de conducir el trabajo en el nivel político:

- Identificar políticas públicas de los países firmantes de la Carta de San José que no cumplan los criterios mencionados en ella.
- Crear espacios de trabajo en cada sociedad científica, con el objetivo de revisar y actualizar periódicamente las directrices nacionales implementadas.
- Promover la reflexión y sugerir el diseño de políticas asociadas con la divulgación de la información relacionada con intervenciones sanitarias.

Desde esta nueva perspectiva, la misma definición de salud debe cambiar y ser redescubierta.³⁰ La definición actual adoptada por la OMS al dictar su constitución en 1946: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, mas no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* se revela como reduccionista y deshumanizada. Al revisar su origen se descubrió con sorpresa que dicha definición no es más que uno de los nueve puntos del preámbulo de la citada constitución. Es interesante descubrir que los otros ocho declaran a la salud como un derecho, como condición indispensable para lograr la paz y la seguridad, como responsabilidad de los gobiernos, como bien solidario a disminuir las desigualdades entre las naciones y los pueblos, declara la necesidad de dar una opinión pública bien informada y prescribe que los conocimientos se deben extender a todos los pueblos para que gocen de sus beneficios.

Una nueva concepción de salud no puede pretender una definición unívoca y objetiva, sino tener la suficiente potencia y honestidad para incorporar la Humanidad, la incertidumbre, el riesgo como rasgos indisolubles de la vida. Desde este punto de vista, tal vez sea más adecuada una definición como la de Larguía: *“Salud es mucho más que ausencia de enfermedad; salud es ser libre, vivir en un país democrático, tener libertad de expresarse, derecho a trabajar y a vivir, ser capaz de amar y ser amado. Hay muchos sanos que están gravemente enfermos y muchos gravemente enfermos que son un ejemplo de vida”*.

O la de Marc Jamouille:

La salud es una resistencia, la resistencia a la enfermedad en sí misma. También la resistencia a la violencia y el acoso, a las drogas, a la explotación, a la comida basura, a la contaminación, a las condiciones de vivienda desastrosa, al mercado farmacéutico, incluida la resistencia a la mercantilización de la salud y, por lo tanto, a veces la resistencia a la propia medicina. Nosotros, como profesionales de la salud, estamos tratando de ayudarlo a resistir.

En el Congreso Mundial de Medicina Familiar de Río 2016 presentamos un manifiesto³¹ de amplia difusión y aceptación. Hoy

está traducido a cinco idiomas y reafirmamos nuestras convicciones éticas; allí postulamos un modelo caracterizado como:

- Inclusivo.
- No reduccionista, integral e integrado.
- Tolera la incertidumbre.
- Implica las dimensiones humana, social y política.
- Evita y denuncia la naturalización del hambre, la exclusión, la manipulación, la desigualdad, la violencia, el racismo y la explotación, que dañan la salud más que las enfermedades.

Cómo intentar que un cierre abra

La P4 es un proceso vivo, un movimiento con fronteras difusas, con múltiples actores comprometidos con una causa justa, con recuperar la alegría de practicar una profesión que esté al servicio de la vida y de las personas. Hemos intentado capturar algo debido a lo limitado del espacio, de ese recorrido, dejando de mencionar a muchos actores que con justicia lo merecen.

Hemos intentado explicar un proceso vivo sabiendo de antemano que la bidimensionalidad de las palabras no es suficiente. Nuestro pecado tal vez se parezca a intentar explicar la poesía de la vida; para tratar de purgar nuestra culpa, finalizaremos nuestra exposición con las palabras de un poeta:

Mi afirmación despertó a la voz. La oí decir desde la penumbra que la salvación del mundo llegará por medio de la poesía, así como el olvido de la poesía lo llevará a la destrucción. “¿Ha leído la introducción a la metafísica de Martín Heidegger? —Preguntó Perse—. Allí el filósofo habla de una civilización que se oscurece a fuerza de reflexionar sobre sí misma, empeñada en la búsqueda de un absoluto al que jamás llegará. El hombre se alimenta de sus conflictos: siempre persigue dentro de sí o fuera las metas que no podrá alcanzar. Y eso en verdad es lo que le da vida: ésa es su aventura. La poesía es el punto extremo de esa búsqueda, sobre todo porque el método que emplea no está basado en el razonamiento, sino en la conciencia de que Gonzalo es, como dice Heidegger, una realidad que se evapora, un pájaro que vuela siempre más rápido que la mirada”.

Referencias

1. Gervás, J., Gavilán, E. y Jiménez, L., “Prevencción cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina”, *AMF*. 2012; 8:312-27.
2. Foucault, M., “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educ Med Salud*, 1976; 10(2):156.
3. Bernstein, J, La Valle, R. “Because of Science You Also Die... Comment on “Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Over Medicalization”, *International Journal of Health Policy and Management* (internet). 2015; 4(9):615-6. Disponible en [http://ijhpm.com/article_3030_616.html] el 2/062019
4. Jamouille, M., “Information et Informatization en médecine générale“ en *Computer and computerization in general practice. Les informa-g-iciens*. Belgium: Presses Universitaires de Namur; 1986: 193–209. Disponible en [<https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/170822/1/Jamouille%20-%201986%20-%20Information%20et%20informatisation%20en%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale%20Computer%20and%20computerisation%20in%20general%20practice%282%29.pdf>] el 8 de junio de 2019.
5. Jamouille, M. A propos d’un dessin. *Ethica Clinic* (Internet). 2013; 70:28-31.
6. García, J. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina *Revista Cubana de Salud Pública*, 2010, 36(4): 371-80. Disponible en [<https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2010.v36n4/371-380/es>] el 15 de junio de 2019.
7. Vignolo, J., Vaccarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, 2011, 23 (1): 11-4. Disponible en [<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>] el 17 de junio de 2019.
8. Frame, P.S., Carlson, S.J. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. *J Fam Pract*. 1975; 2(1):29-36.
9. Pizzanelli, M. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. i (Internet), 24 de junio de 2015 Jun 24; (Citado el

- 15 de jul 2015); 10(35): 1-7. Disponible en [<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/>]1068.
10. Welch, H.G., Schwartz, L.M. Woloshin S. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? *JAMA*. 2000; 283:2975-8.
 11. Hewitson, P., Glasziou, P., Irwig, L., Towler, B., Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (1):CD001216.
 12. Sandblom, G., Varenhorst, E., Rosell, J., Löfman, O., Carlsson, P. Randomised prostate cancer screening trial: 20 year follow-up. *BMJ*. 2011; 31:342:d1539.
 13. Ablin, R.J. P.S.A. prostate screening is inaccurate and a waste of money. *The New York Times* (internet), 9 de marzo de 2010, 9 (citado 23 de septiembre de 2015), Disponible en [<http://www.nytimes.com/2010/03/10/opinion/10Ablin.html>].
 14. Menéndez, E. “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud Colectiva*. 2005; 1(1):9-32.
 15. Flexner, A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910. (Boletín 4).
 16. López del Paso, R. y William, H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social. *Estoicos*. 2011; 2:96. Disponible en [http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2_Beveridge.pdf] el 8 de junio de 2019.
 17. Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educ Med Salud*. 1976; 10(2):156.
 18. Sánchez, M. El Acuerdo Bretón Woods y sus consecuencias contemporáneas.
 19. Larrain, M. El consenso de Washington: ¿gobernador de gobiernos? Disponible en [<http://propolco.tripod.com/4sem/washington.htm>] el 8 de junio de 2019.
 20. Lipovetsky, G. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona, Anagrama, 12a. ed., 2000.

21. La Valle, R. Sobre medicalización. Origen, causas y consecuencias. Parte I. *Rev Hosp Ital B Aires*. 2014; 34(2):67-72. Disponible en [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachments/47/documentos/17666_67-72-Lavalle%20Part%201.pdf] el 8 de junio de 2019.
22. La Valle R. Sobre medicalización. Origen, causas y consecuencias. Parte II. Disponible en: *Rev Hosp Ital B Aires*. 2014; 34(3):1-5 el 8 de junio de 2019.
23. Casino, G. (internet), “Escepticismo”. Disponible en [<http://www.escepticismo.com/gonzalocasino/>] el 29 de junio de 2019.
24. Ibídem, 20 y 21.
25. Plos Medicine de 2006, vol. 3, núm. 4, enteramente dedicada al “disease mongering”. Disponible en [<http://www.ploscollections.org/article/browse/issue/info%3Adoi%2F10.1371%2Fissue.pcol.v07.i02>] el 17 de junio de 2019.
26. Moynihan, R, Brodersen, J., Heath, I., Johannson, M., Kuehlein, T., Minué-Lorenzo S. et al., “Reforming disease definitions: a new primary care led, people-centred approach”. *BMJ*, Evidence-based medicine (Internet), 28 de marzo de 2019, citado el 10 de abril de 2019, bmjebm-2018-111148. Disponible en [<https://ebm.bmj.com/content/early/2019/03/28/bmjebm-2018-111148>].
27. Gérvas Camacho, J., Gavilán Moral, E. y Jiménez de Gracia, L., “Prevencción cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina”, *AMF*. 2012; 8(6):312-17. Disponible en [http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994] el 17 de junio de 2019.
28. Pizzanelli, M., Almenas, M., Quiroz, R., Pineda, C., Cordero, E., Taureaux N., et al. “Prevencción cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud”, *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 2016; 11(Suppl. 2):75-85. [[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1388](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1388)]. Disponible en [<http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/PB-Revista-Documento-Costa-Rica.pdf>] el 14 de julio de 2019.
29. La Valle, R., “Prevencción cuaternaria o medicina sin corbata”, *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2015; 12(2):5-6.

30. _____, Consideraciones acerca de la definición de salud”, Archivos de Medicina Familiar y General, 2017:14 (2), 27-31.
31. Bernstein, J. y La Valle, R., “Prevención cuaternaria, presente y futuro, *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2017; 14(1):1-8.