



EDITORIAL semFYC

¿Es viable el modelo de realización de actividades preventivas en atención primaria en el contexto actual?



Is the model of preventive activities in primary care viable in the current context?

Ante una atención primaria (AP) absolutamente tensionada, con sus características principales en riesgo (accesibilidad, longitudinalidad y globalidad) y unas expectativas cada vez más exigentes sobre lo que el sistema sanitario puede hacer por la salud, no es casual que una pregunta como esta haya terminado protagonizando una mesa de debate en el XLI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial¹.

Diversos estudios recientemente publicados, unos que señalan la evidencia escasa o de baja calidad en la que se sustentan muchas intervenciones preventivas^{2,3}, y otros que ponen números al tiempo necesario para aplicarlas^{4,5}, han avivado el debate, generando discrepancias entre reconocidos referentes de AP que hasta entonces se habían expresado en sintonía^{6,7}.

Los dos ponentes de la mesa, Rosa Añel y Asensio López, partiendo de posiciones inicialmente extremas, llegaron de la mano de la moderadora, Verónica Casado, a un consenso final sobre cuál es el camino más adecuado a seguir.

La moderadora recordó la sólida evidencia sobre el impacto de la AP y la Medicina de Familia en la salud de la población. El verdadero corazón preventivo de la AP no son los programas de cribado ni los chequeos rutinarios, sino la longitudinalidad y la atención centrada en la persona⁸. Los estudios clásicos y recientes coinciden: cuando cada paciente mantiene en el tiempo a su médica de familia, disminuyen la mortalidad, las hospitalizaciones y el uso de urgencias^{9,10}. Sin embargo, la longitudinalidad no ha figurado hasta ahora como un bien a proteger, ni como una prioridad política u organizativa. El efecto protector de la salud que ejerce la AP se explica por el conjunto de sus atributos: accesibilidad económica, geográfica y organizativa; longitudinalidad e integralidad, es decir, por su capacidad para abordar los diferentes problemas de salud de la persona en su conjunto, coordinar los cuidados que precisa y aplicar,

en una misma consulta, la prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria¹¹. La aplicación de intervenciones de bajo valor en todos estos niveles es lo que nos ha traído al debate actual.

Rosa Añel y Asensio López pusieron de manifiesto la distancia existente entre la prevención idealizada que se contempla en los programas de cribado y las guías de práctica clínica, y la prevención que realmente puede ofrecer una consulta de Medicina de Familia con tiempos y recursos finitos. Lo que se discute no es cuánta prevención hacemos, sino qué prevención, para quién y a costa de qué¹².

El problema no es la prevención en sí misma, sino su expansión casi ilimitada y la aplicación acrítica de intervenciones predestinadas a instaurar tratamientos farmacológicos.

Cuanto más ensanchamos los umbrales de «anormalidad» y más actuamos sobre factores de riesgo en personas sanas, mayor es el riesgo de sobrediagnóstico, sobretratamiento y eventos adversos derivados de actuaciones de bajo valor. La prevención deja entonces de ser una aliada para convertirse en fuente de daño, ansiedad y medicalización de la vida cotidiana. De ahí la necesidad de una prevención prudente, que seleccione cuidadosamente qué hacer y qué no hacer y que diferencie entre la promoción de estilos de vida saludables y la prevención centrada en la medicalización de los hábitos, comportamientos o condicionantes nocivos.

Insistimos en algo que a veces se olvida: la AP no es salud pública «uno a uno». Durante décadas se ha incentivado a los centros de salud para ejecutar en la consulta buena parte de la agenda de salud pública. Pero la salud pública trabaja con poblaciones, programas y políticas; la medicina y la enfermería de familia, con personas singulares, en su contexto y a lo largo de su trayectoria vital. Rosa Añel defiende que exigir desde la consulta lo que solo puede lograrse con

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2026.103461>

0212-6567/© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Ejemplos de actividades preventivas de alto y de bajo valor**Actividades preventivas de alto valor***Consejo y apoyo al abandono del tabaco*

Mujer, 58 años, fumadora desde los 20, con EPOC moderada y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica

En una visita programada, su médica de familia realiza consejo breve estructurado para dejar de fumar, pacta fecha de abandono y ofrece apoyo farmacológico y seguimiento cercano

Actividad preventiva centrada en un factor de riesgo mayor, en una persona de alto riesgo, con intervención de eficacia probada y en el marco de una relación longitudinal Alto impacto potencial en prevención de efectos nocivos del tabaco para la salud

Ejemplo de buen uso del tiempo clínico (intervención oportuna)

Prevención cuaternaria mediante deprescripción

Hombre, 78 años, hipertenso, con artrosis e insomnio ocasional, que vive solo. Consulta por mareos, inestabilidad y una caída reciente. Toma tratamiento diurético tiazídico, AINE casi diario, benzodiacepina de vida media larga nocturna e IBP

Su médica de familia revisa toda la medicación con el paciente, identifica riesgo de iatrogenia y plantea retirada progresiva de la benzodiacepina, suspensión del IBP sin indicación actual, ajuste del uso de AINE y refuerzo de medidas no farmacológicas

Identificación del riesgo de iatrogenia por tratamiento farmacológico inadecuado para el paciente: mareos, caídas, deterioro funcional

Disminuyen mareos y riesgo de caídas

Alto impacto en prevención de daños derivados de la medicalización excesiva

Ejemplo de adecuación del tratamiento a la situación actual del paciente («traje a medida»)

Actividades preventivas de bajo valor*Analítica de cribado amplia en persona sana*

Mujer, 45 años, sana, sin factores de riesgo, que solicita «chequeo» general. Se le solicita de rutina analítica muy amplia (marcadores tumorales, perfil tiroideo, vitamina D, serologías varias) sin indicación clínica ni guías que lo respalden

Cribado inespecífico de enfermedades poco probables en población de bajo riesgo, con baja rentabilidad diagnóstica y alto riesgo de hallazgos incidentales, sobrediagnóstico y cascadas de pruebas

Cribado oportunista de cáncer de próstata con PSA

Hombre, 55 años, sin síntomas urinarios ni antecedentes familiares de cáncer de próstata, al que se le ofrece PSA anual como parte de un «chequeo» sin información sobre incertidumbres y posibles daños

Cribado oportunista de cáncer de próstata en varón de riesgo estándar: práctica desaconsejada por múltiples guías por su balance beneficio-daño desfavorable y por el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento

políticas poblacionales y acciones comunitarias conduce a frustración, a inequidad y a una carga preventiva imposible de sostener. Asensio López considera que a las actividades de prevención en salud pública se les puede aplicar la misma crítica que a la prevención desde los equipos de AP: disponemos a menudo de niveles de evidencia igualmente bajos y, por tanto, es preferible aplicar los mismos criterios de exigencia.

Rosa Añel señala que la situación actual es paradójica: convivimos con la sobreactuación preventiva en quienes menos la necesitan (personas más informadas, con mayor nivel socioeconómico y bajo riesgo de enfermar) y con la infraactuación en quienes más podrían beneficiarse (personas más vulnerables, menos informadas y con mayor carga de enfermedad). La ley de los cuidados inversos también se cumple en el terreno de la prevención. Asensio López matiza que esta afirmación es genérica: sin duda la ley de cuidados inversos se cumple con demasiada frecuencia, pero los peores resultados en los grupos más desfavorecidos son de naturaleza multicausal.

Con la mirada de la seguridad del paciente y su enfoque de prevención cuaternaria, Rosa Añel recordó que algunos

cribados e intervenciones preventivas tienen más riesgos que beneficios, especialmente cuando se aplican de forma indiscriminada. Como remedio frente al intervencionismo, la AP es el lugar idóneo para adaptar las intervenciones preventivas a las características de cada paciente, para hacer un «traje a medida»: dar a cada cual justamente lo que necesita, en el momento más oportuno. Asensio López, por su parte, explicó cómo el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) ha ido incorporando recomendaciones de «No hacer» y cómo el propio programa se ve interpelado por el exceso de prevención para avanzar hacia una selección más exigente de sus propuestas, priorizando un núcleo de actividades de alto valor y retirando aquellas de beneficio dudoso, al tiempo que refuerza la entrevista motivacional y la toma de decisiones compartidas.

En nuestra mesa, las evidencias dialogaron con la experiencia. Verónica Casado subrayó que una AP desbordada por actividades preventivas de bajo valor corre el riesgo de perder precisamente aquello que más previene: la capacidad de escuchar, comprender y acompañar. Nuestro debate no es un ataque a la prevención, sino un intento de rescatar su sen-

tido original: anticiparnos a los daños evitables sin generar otros, visibles o invisibles.

En la práctica, esto se traduce en algunas líneas de acción que compartimos: priorizar actividades con evidencia sólida de beneficio neto; ser prudentes con recomendaciones basadas solo en resultados intermedios o en efectos modestos; evaluar los costes de oportunidad de cada nuevo programa, incluyendo su impacto en la agenda, la continuidad y la equidad; reforzar la salud pública para que asuma lo que puede hacerse mejor a nivel poblacional; y blindar la longitudinalidad y la prevención cuaternaria como señas de identidad de una AP que promueve el «No hacer» cuando el balance de una intervención es dudoso o claramente desfavorable.

Desde la perspectiva de quien modera y de quienes intervenimos, la conclusión es nítida: la prevención sigue siendo un pilar irrenunciable de la AP, pero un modelo basado en la acumulación acrítica de actividades no es ni equitativo ni sostenible. En el contexto actual, lo que debería preocuparnos no es hacer más prevención en abstracto, sino hacer actividades preventivas de alto valor, aplicarlas a quienes más las necesitan y reducir la prevención de bajo valor (tabla 1).

Dicho de otro modo: prevenir en AP no va de hacer más, sino de hacer mejor; no va de llenar agendas de actividades, sino de cuidar mejor a los pacientes que más lo necesitan.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). XLI Congreso #SECA25 - ¿Es viable el modelo de realización de actividades preventivas en AP? [vídeo en Internet]. YouTube; 23 octubre 2025, Madrid. [citado 22 Dic 2025]. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=xqYv8nz_bD8.
2. Howick J, Koletsi D, Ioannidis JPA, Madigan C, Pandis N, Loef M, et al. Most healthcare interventions tested in Cochrane Reviews are not effective according to high quality evidence: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 2022;148:160–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2022.04.017>.
3. Albarqouni L, Ringsten M, Montori V, Jørgensen KJ, Bulbeck H, Johansson M. Evaluation of evidence supporting NICE recommendations to change people's lifestyle in clinical practice: cross sectional survey. *BMJ Med*. 2022;1, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000130>, e000130.
4. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*. 2023;380, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>, e072953.
5. Martin SA, Johansson M, Heath I, Lehman R, Korownyk C. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 2025;388:e080811, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-080811>.
6. Martín Zurro A, Segura Benedicto A. Por una prevención prudente, es decir sensata. *Redacción Médica* [Internet]. 11 jun 2025 [citado 22 Dic 2025]. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/opinion/andreu-segura-y-amando-martin-zurro-3586/por-una-prevencion-prudente-es-decir-sensata-2721>
7. Segura A. La fascinación de la prevención: luces y sombras. *La gestión importa* [Internet]. 23 Jun 2025 [citado 22 Dic 2025]. Disponible en <https://lagestioimporta.cat/arees/la-fascinacion-de-la-prevencion-luces-y-sombras/?lang=es>
8. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129–33, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(94)90634-3).
9. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editores. *Building primary care in a changing Europe* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. PMID: 29035488. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458728/>
10. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022;72:e84–90, <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
11. Añel-Rodríguez RM, Astier-Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15:75–6. <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1699-695X2022000200075>
12. López Santiago A. ¿A quién le importa la prevención? *Aten Primaria*. 2024;56:103124, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103124>.

Rosa María Añel Rodríguez^{a,*}, Asensio López Santiago^b y Verónica Casado Vicente^c

^a Médica de Familia, Técnico Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria, Bizkaia, España

^b Médico de Familia, CdS de La Unión, Servicio Murciano de Salud; Instituto Murciano de Investigación Sanitaria (IMIB); Coordinador PAPPs de semFYC, Murcia, España

^c Médica de Familia, Presidenta de la Academia de Medicina de Familia de España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosamarianel@gmail.com
(R.M. Añel Rodríguez).