



Original

Prevención cuaternaria. Intervenciones médicas innecesarias en atención primaria: un estudio cualitativo con médicos familiares



María de Lourdes Rojas Armadillo^a, Nadiosly de la Caridad de la Yncera Hernández^a, Beatriz Martínez Ramírez^a, Carlos Alonso Rivero López^b, Edgar Fernando Peña Torres^a y Nissa Yaing Torres Soto^{a,*}

^a División de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Chetumal, México

^b Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de febrero de 2022

Aceptado el 23 de marzo de 2022

Palabras clave:

Prevención cuaternaria

Médicos familiares

Intervenciones médicas innecesarias

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado de los médicos familiares respecto a las intervenciones médicas innecesarias en una institución de salud.

Diseño: estudio cualitativo.

Emplazamiento: atención primaria de la salud.

Participantes: veintisiete médicos familiares (66,60% de mujeres y 33,3% de hombres) con una media de edad de 33 años (DE = 11 años), que laboran en las instituciones de salud de Seguridad Social en los estados de Quintana Roo (N = 8; 29,6%), Yucatán (N = 9; 33,3%) y Ciudad de México (N = 10; 37,0%).

Métodos: el presente estudio parte del enfoque cualitativo, bajo el paradigma interpretativo del interaccionismo simbólico con el método de la teoría fundamentada y mediante la técnica de la entrevista en profundidad. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, y el análisis de los datos se realizó con apoyo del programa Atlas ti, mediante la codificación abierta y axial.

Resultados: los hallazgos revelan que los médicos familiares conocen y han estado en situaciones que se vinculan hacia una práctica innecesaria, aun sin clasificarla desde el enfoque de la prevención cuaternaria.

Conclusiones: se refuerza la necesidad de una mayor difusión y capacitación sobre los elementos que conforman la prevención cuaternaria para desarrollar un ejercicio profesional médico orientado hacia la premisa «primero no dañar».

© 2022 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Quaternary prevention. Unnecessary medical interventions in Primary Care: a qualitative study with family doctors

ABSTRACT

Keywords:

Quaternary prevention

Family doctors

Unnecessary medical interventions

Objective: Aims to understand the meaning of family doctors regarding unnecessary medical interventions in a Social Security Health Institution.

Design: Qualitative study.

Location: Primary health-care.

Participants: Twenty-seven family doctors (66.60% women and 33.3% men) assigned to a Social Security Health Institution of Quintana Roo, México.

Methodology: This study starts from the qualitative approach, under the interpretive paradigm of symbolic interactionism with the grounded theory method and through the in-depth interview technique. The interviews were recorded and transcribed and the data analysis was carried out with the Atlas ti program, using open and axial coding.

Results: The findings reveal that family doctors are aware of and have been in situations that are linked to an unnecessary practice, even without classifying it from the perspective of quaternary prevention.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nissa.torres@uqroo.edu.mx (N. Y. Torres Soto).

Conclusions: A new need of greater dissemination and training on the elements that make it up to develop a professional practice oriented towards the premise "first do not harm" is reinforced.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the license CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La prevención cuaternaria (P4) constituye un tema relevante en el ámbito de la salud pública, ya que permite que los profesionales de la salud identifiquen las acciones innecesarias que realizan durante su práctica médica y que las consideren para su reducción o atenuación¹. Concretamente, Villaseñor-Chávez y Guzmán² precisan que su objetivo es evitar el sobrediagnóstico, el sobretratamiento y el sobrecribado en los pacientes, y disminuir la incidencia de iatrogenia. De manera específica la P4 representa la resistencia continua frente al intervencionismo médico y la medicalización de la vida diaria³.

La definición de la P4 emerge de la necesidad de reducir las acciones médicas innecesarias (AMI) en el sistema de salud y está compuesta por 3 principales dominios: el riesgo de la automedicación, la protección hacia los pacientes y las alternativas éticas sólidas. Este término fue acuñado por el médico belga Jamoulle en 1986⁴ y posterior a su aceptación fue descrito como «las medidas adoptadas para la identificación de pacientes en riesgo de un exceso de medicación, para protegerlo de una nueva invasión médica, y sugerirle solo intervenciones éticamente aceptables»⁵. Diversos autores coinciden en definirla como un conjunto de medidas dirigidas hacia las personas/pacientes para protegerlos de las intervenciones médicas que posiblemente generen un daño más que un beneficio para la salud de este⁶⁻⁸ o como un aspecto crucial de las actividades médicas con énfasis en la necesidad de *no dañar*⁹.

Una práctica común en el ámbito de la salud que se contrapone con la P4 son las acciones innecesarias en la práctica médica. La atención primaria desempeña un papel importante al momento de abordar el desafío de las AMI, en virtud de que es la puerta de entrada al sistema de salud, constituye el primer contacto y punto de partida para distinguir a los pacientes cuyos problemas pueden ser atendidos en el primer nivel de aquellos que requieren atención especializada¹⁰.

La P4 acorde a Tesser¹¹ es especialmente importante en la atención primaria de la salud y la salud pública, por diversas razones. Primero, el trasfondo de mayor preocupación es el gran potencial de daño y medicalización de las acciones clínico-sanitarias. Segundo, las acciones preventivas en las personas asintomáticas, en la que un gran número de personas están expuestas a los posibles efectos adversos sin potenciales beneficios. Tercero, las acciones de prevención primaria como las vacunas, la reducción de los factores de riesgo y las acciones de prevención como el cribado de enfermedades. Cuarto, la propagación de enfermedades convierte a las personas sanas en personas enfermas.

Inicialmente, la P4 se orienta a los pacientes con algún síntoma o padecimiento, pero que no presentan una enfermedad clínicamente establecida; los preocupados y los que presentan síntomas médicaamente inexplicables. Los primeros están preocupados por su estado de salud y suelen exigir controles y los segundos, presentan síntomas que carecen de explicación fisiopatológica. Algunos de estos síntomas provienen de circunstancias psicosociales. Ambos grupos de pacientes han recibido una sobremedicalización¹².

La sobremedicalización, es definida como el uso excesivo de acciones por el médico y contempla o agrupa un conjunto de procedimientos médicos que generan más daño para la salud que beneficios, incluyendo el sobretratamiento, el sobrediagnóstico o el sobreseguimiento que se utilizan ampliamente en el sector sanitario¹³.

Se han identificado 4 implicaciones éticas serias en el sobrediagnóstico: 1) la extensión del daño en la población al ser etiquetada con algún tipo de enfermedad y por tanto, ser considerada de riesgo, provocando miedo y socavando la salud y el bienestar de las personas; 2) la relación directa

entre sobrediagnóstico e infradiagnóstico, porque cuando se amplía un diagnóstico se redireccionan la atención y los recursos ineludiblemente, así como alejarse de la mayoría de los pacientes más gravemente afectados; 3) el potencial para la inviabilidad de los sistemas de salud basados en la solidaridad social, debido a los crecientes costos involucrados; 4) la marginación y el oscurecimiento de las causas^[13].

En el sistema de salud existe la expectativa que la P4 permitirá reducir los costos de atención médica, por reducir o minimizar las AMI, al realizar mejores diagnósticos y por ende tratamientos, y reducir el número de apoyos diagnósticos no justificados (por ejemplo, exámenes de laboratorio o de imagen), este cambio requiere fortalecer las competencias de los médicos e intervenir en los factores que influyen en el proceso de atención médica. Por otra parte, la calidad de la consulta depende no solo del tiempo, sino también del contenido. Aunque es importante la optimización del tiempo en la consulta médica, las consultas cortas pueden tornarse peligrosas, debido a que el trabajo del médico puede conducir a respuestas inadecuadas a los síntomas sin ninguna reflexividad. En definitiva, la P4 no se define como una simple renuncia a un medicamento innecesario, sino como la respuesta adecuada a la demanda del paciente, esto requerirá tiempo y P4 no es inicialmente un método para ahorrar presupuesto controlando el tiempo^[14]. A partir de lo anterior, el presente estudio analiza las AMI llevadas a cabo por médicos familiares que se encuentran inscritos en las Unidades de Atención Primaria, en los estados de Quintana Roo, Yucatán y Ciudad de México.

Método

Participantes

Se encuestaron a 27 médicos con especialidad en medicina familiar, de los cuales el 66,60% son mujeres y 33,3% son hombres, con una media de edad de 33 años (DE = 11 años), que laboran en los estados de Quintana Roo (N = 8; 29,6%), Yucatán (N = 9; 33,3%) y Ciudad de México (N = 10; 37,0%). Se consideraron como criterios de inclusión a médicos con especialidad en medicina familiar en ejercicio de la profesión en unidades de primer nivel de atención, se contactaron a través de los Colegios de Médicos Familiares con sede en los estados mencionados previamente. Todos los participantes ejercen en una Institución de Salud de Seguridad Social, de los cuales, el 62% radican en la península de Yucatán (**tabla 1**).

Diseño del estudio

El presente trabajo parte de un estudio cualitativo bajo el marco interpretativo del interaccionismo simbólico bajo el método de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin¹⁵. Para la recopilación de datos, se utilizó la técnica de la entrevista en profundidad con previo pilotaje, que contempló las siguientes dimensiones de análisis: a) percepción sobre las AMI, b) factores que generan las AMI, estrategias para prevenir las AMI, c) impacto que generan las AMI y d) formación académica en la prevención de AMI. El trabajo de campo se realizó de febrero a mayo de 2021 con una duración aproximada de 60 minutos por participante.

Análisis de datos

El material obtenido de las entrevistas fue transcrita y organizado en un procesador de palabras, para luego asignar

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombres	9	33,33%
Mujeres	18	66,66%
Experiencia laboral		
> 5 años	15	55,55%
6 a 10 años	2	7,40%
11 a 15 años	6	22,22%
< 15 años	4	14,81%
Edad		
31 a 40 años	18	66,66%
41 a 50 años	6	22,22%
51 a 60 años	3	11,11%
Estado donde laboran		
Ciudad de México	10	37,0%
Yucatán	9	33,3%
Quintana Roo	8	29,62%
Afiliasiación al Colegio del Médico Familiar		
Ciudad de México	3	11%
Yucatán	6	22%
Quintana Roo	8	29,6%
Certificados por Consejo del Médico Familiar		
Ciudad de México	10	37,0%
Yucatán	8	29,6%
Quintana Roo	8	29,6%

Fuente: elaboración propia.

códigos a las expresiones de los entrevistados, clasificándolas¹⁶. Para facilitar el proceso de codificación y el análisis de información se utilizó el programa Atlas.Ti versión 9 para Windows¹⁶. Con el uso del software fue posible identificar e interpretar las frases, expresiones y significados que los médicos familiares le asignan a sus intervenciones médicas¹⁷.

Para la descripción del proceso de codificación y análisis de datos, se utilizó el procedimiento de Strauss y Corbin¹⁵ que permitió la elaboración de categorías y sub-categorías de estudio utilizando el muestreo teórico, la saturación teórica y la codificación teórica. El muestreo teórico se utilizó como procedimiento de comprobación del marco teórico, y no como verificación de la hipótesis; la saturación teórica, como límite para indicar la finalización del muestreo; y la codificación teórica, como técnica para interpretar los textos y los procedimientos de categorización de los datos¹⁵.

Se utilizó la codificación abierta para expresar los datos en forma de conceptos, se codificaron los datos en función de las distintas categorías que fueron surgiendo, codificándolas en tantas categorías como fuera posible, ajustando las nuevas categorías a las ya existentes, se trató de clasificar las expresiones contenidas en el texto según sus unidades de significado (palabras individuales, secuencias de palabras) para asignarles anotaciones y conceptos (códigos). El siguiente paso fue la codificación axial que permitió filtrar las categorías que han surgido en el paso anterior¹⁵. La información se reorganizó creando nuevas relaciones entre los conceptos, lo que permitió relacionar subcategorías con una categoría y al final, se realizó la codificación para seleccionar una categoría central en torno a la que se organizan, se integraron y se agruparon el resto de categorías, se realizó una matriz condicional/causal que permitió ayudar a establecer relaciones, implicaciones, condiciones y consecuencias, tanto a nivel micro como macro del objeto de estudio.

Para resguardar la identidad de los entrevistados, se le asignó un código de identificación considerando las siguientes características que se identifican con las siglas y/o letras que corresponden al número consecutivo de la entrevista, para sexo «H» para hombres, «M» para mujeres; años de antigüedad ejerciendo la profesión médica y el estado de pertenencia (QR = Quintana Roo, Yuc = Yucatán y CDMX = Ciudad de México). Un ejemplo de la citación es el siguiente: «1,M,6,QR», que significa entrevistado número 1, mujer, con 6 años de antigüedad y pertenece al estado de Quintana Roo.

Resultados

Acciones médicas innecesarias

A continuación, se presentan algunas de las evocaciones de los médicos familiares que sustentan la categoría de AMI. A partir de los testimonios se pudo construir la siguiente definición integradora: «Las AMI son aquellas que no están justificadas en el actuar del médico, que son estrictamente necesarias para el paciente durante su atención, no contribuyen a la atención integral y se indican por inercia sin tener sustento científico al momento de brindar algún tipo de instrucción al paciente. Estas acciones no producen una mejoría en el paciente, por lo contrario, lo someten a riesgos que puedan afectar su salud o empeorar sus padecimientos o enfermedades».

Cita: «Acciones que no estén justificadas en el actuar médico o que no sean estrictamente necesarias para el paciente durante su atención» (1,M,6,QR).

Cita: «No hay un sustento realmente científico que determine si esa intervención puede causar un evento positivo o negativo, simplemente se realiza en forma cotidiana y realmente pues no tiene ningún sustento científico» (6,5,10,QR).

Cita: «No contribuya a la atención integral del paciente o que lo someta a riesgos que puedan en este caso afectar su salud» (4,M,1,QR).

Cita: «Acciones que no ayudarían mucho al paciente, que más bien lo pondremos más en riesgo que en lugar de darle un beneficio» (15,F,2, CDMX).

Factores que generan las acciones médicas innecesarias

De los 27 encuestados, el 96% considera que en algún momento de su práctica diaria como médico familiar ha realizado algunas AMI. Aunque la medicina moderna ha presentado avances importantes para la atención de las enfermedades, los daños asociados a las AMI se ven reflejados en la sobredesificación, el sobrediagnóstico y el exceso de intervenciones médicas¹⁸. Esta percepción errónea de lo que representa la salud y el bienestar, ha ocasionado consecuencias graves y efectos adversos en los pacientes, poniendo en aumento de iatrogenias, excesiva dependencia de los sistemas de salud, incremento en la automedicación, abuso de métodos de diagnóstico, así como grandes costos económicos en el ámbito de la salud, sin que se vea reflejada la calidad de vida y la seguridad del paciente¹⁹.

Medicina defensiva

Algunos médicos informaron el miedo a la responsabilidad de generar un daño al paciente, como una razón importante para las pruebas de diagnóstico innecesarias. Aunque ninguno declaró haberse visto involucrado en alguna experiencia personal de acciones legales en su contra, este aspecto representó un factor importante desde el punto de vista de la medicina familiar.

Cita: «El paciente es muy demandante, intimidando al médico familiar con una serie de acciones legales» (2,F,15,QR).

Cita: «La medicina defensiva... darle una respuesta al paciente y evitarse los problemas y en este caso resolver el paciente» (3,M,18,QR).

Cita: «El paciente muchas veces exige y a veces cometemos el error de caer en la petición que hace el paciente por no entrar en un conflicto con el sistema o por temor a caer en una acción de tipo legal» (1,M,6, QR).

Actualización médica

Algunos médicos familiares declararon que eran propensos a cometer algún tipo de AMI debido a la falta de actualización médica en los años posteriores de su formación académica. Muchos de los médicos señalaron que la falta de especialización y preparación académica podría generar incertidumbre en la práctica médica que podrían conducir hacia el abuso médico.

Cita: «Las acciones médicas innecesarias generalmente se cometan por falta de actualización en los médicos» (2,F,15,QR).

Cita: «En ocasiones cometemos acciones médicas innecesarias por falta de capacitación. No es solo terminar la profesión, sino es importante seguirse preparando y actualizando para evitar riesgos en la salud del paciente» (1,M,6,QR).

Baja prioridad en la atención primaria

Los médicos también señalaron las razones de derivaciones médicaamente innecesarias que no son directamente influenciadas por los propios médicos de cabecera, sino que responden a factores indirectos, como el tiempo de atención que brindan a los pacientes en el sector de la atención ambulatoria. Generalmente, los intervalos de tiempo de atención son muy reducidos, lo que conduce a una deficiencia en la calidad de la atención respecto al diagnóstico, el tratamiento y otros riesgos referidos al paciente.

Cita: «Significan 15 minutos para cada paciente y es para analizar el tratamiento, fármaco en dosis adecuada o de acuerdo con las necesidades del paciente... no da el tiempo para darle calidad y hacer un mayor análisis de lo que deberíamos estar haciendo con el paciente... la carga de trabajo no da para tener esta calma y este tiempo de hacer ese análisis» (1,M,6,QR).

Cita: «Tal vez la intención de ser más productivos y la estadística (...) atendamos en total por un día empezando la consulta de las 7:00 de la mañana hasta las 8:00 de la noche ver un total de 48 pacientes. La carga es muy alta por procesos... en 15 minutos evidentemente podemos cometer un acto, algún error o algo que nos puede costar tanto al paciente como a nosotros mismos» (12,M,2,YUC).

Estrategias para evitar acciones innecesarias en medicina familiar

Los médicos entrevistados proponen múltiples estrategias para evitar las AMI en la práctica de la medicina familiar, como retomar la importancia de la ética en el ejercicio médico, fortalecer la relación médico-paciente, siempre estar en educación médica continua, colegiarse, estar certificado por sus pares, ampliar el tiempo que se otorga a la consulta y favorecer el seguimiento de los pacientes, tal como se expresan en los siguientes testimonios.

Cita: «Depende la convicción del médico, trabajar la ética y la capacitación sobre patologías y efectos del fármaco» (1,M,6,QR).

Cita: «Fortalecer la actitud del médico y la actualización continua» (2,F,15,QR).

Cita: «Tal vez la falta de tiempo en la consulta y falta de empatía también por parte del médico, a veces no estamos creando buenas relaciones médico-paciente y eso nos hace ver nuestro trabajo como algo rutinario... no perder la parte humana de nuestra profesión y también escuchar a nuestros pacientes para poder tomar un buen tratamiento y diagnóstico correcto» (13,F,13 YUC).

Cita: «Considerar la relación médico-paciente, no todos los pacientes son iguales e igualarlos nos puede llevar también a tomar acciones médicas innecesarias» (1,M,6,QR).

Impacto que generan las acciones médicas innecesarias

Todos los médicos entrevistados coinciden en que el sufrir daños como consecuencia de los procedimientos médicos innecesarios provoca costos económicos considerables tanto en el paciente como en el sistema sanitario. Ya que, al recibir algún tipo de AMI, esto puede llegar a representar costos importantes que superan las coberturas económicas tanto del paciente como de la institución de salud. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de la OMS²⁰ advierten que, en los países incorporados a la OCDE, más del 10% del gasto hospitalario se destina a corregir errores médicos o infecciones que las personas contraen en los hospitales.

Cita: «En el paciente repercute la cuestión económica y en las instituciones igual, los efectos adversos o los efectos a largo plazo» (7,F,7,YUC).

Cita: «Se invierte en medicamentos que puede tener otro paciente... puede ser un daño patrimonial... se crea un gasto por no saber utilizar los recursos que tenemos» (15,F,2,CDMX).

Formación académica en la prevención de acciones innecesarias

De los 27 médicos entrevistados, solo el 20% refirió haber recibido algún tipo de conocimiento sobre la P4 o haber abordado la importancia de las AMI en la práctica médica durante su formación de pregrado o posgrado. Al respecto, Pizzanelli et al.²¹ advierten que el escenario académico debe promover la difusión, la consolidación y la aplicación del concepto de P4 en el currículo de pregrado y postgrado, y posicionar el concepto como una práctica clínica genuina para el desarrollo profesional de los profesionales de la salud.

Cita: «Yo no tuve ni a nivel licenciatura ni a nivel pregrado la capacitación sobre la prevención cuaternaria, es necesario formar al médico desde la licenciatura y en el pregrado con este enfoque de prevención para que al llegar a la práctica puedan tener este análisis más riguroso y evitar el uso excesivo de fármacos o de estudios en los pacientes con resultados que se consideran normales y sea etiquetada o diagnosticada con padecimientos que no presente, por ejemplo, se diagnostica equivocadamente diabetes sin ser portador de la enfermedad o la presencia de un incidentaloma» (1,M,6,QR).

Cita: «Las universidades deberían enfocarse realmente a manejar con una mayor importancia la prevención cuaternaria y ver las intervenciones médicas innecesarias, para que cada vez vayan disminuyendo, juegan un papel súper importante las universidades» (6,F,10,QR).

Cita: «Creo que en todas las universidades deben de enseñar que las acciones médicas innecesarias, no se deben de hacer o no se deberían de hacer y cuáles serían esas acciones médicas innecesarias, para que no caigan en ellas y que cuando realmente se necesite pedir lo que se necesite pedir, se pida» (7,F,7,YUC).

Discusión

Los resultados advierten de la importancia de las AMI en medicina familiar y su repercusión, tanto en el paciente, el propio médico familiar y en la institución donde laboran²². Los médicos entrevistados conocen y han estado expuestos a situaciones que se vinculan con una práctica innecesaria, aun sin clasificarla desde el enfoque de la P4. En este sentido, se refuerza la necesidad de una mayor difusión y capacitación sobre los elementos que conforman para desarrollar un ejercicio profesional orientado hacia la premisa «*primero no dañar*».

En los discursos de los médicos familiares fue posible identificar que la práctica profesional se tiende a clasificar a los pacientes como «enfermos» y les brindan seguimiento médico aún sin ser necesario. De acuerdo con Coll-Benejam et al.²² un riesgo importante en los pacientes alude a ser etiquetados como «enfermos» sin serlo. Los daños provocados por una etiqueta diagnóstica incrementan la posibilidad de inducir al miedo innecesario y provocar de manera no intencionada, afectaciones en la salud mental y el bienestar del paciente. La «etiqueta diagnóstica» induce a la pérdida de autonomía personal y una mayor dependencia del sistema de salud, todo ello va a contribuir a generar una cascada tanto diagnóstica como terapéutica.

Adicionalmente, el cumplimiento de indicadores y metas y la misma solicitud de los pacientes generó en su mayoría la necesidad de nuevas consultas, medicación, auxiliares diagnósticos y saturación de servicios. El impacto que genera en la institución de salud supone un incremento de los costos de la atención en salud y un alto costo de oportunidad que impide la realización de otras actividades de salud. El apego irrestricto a la «evidencia» (por ejemplo, guías, protocolos, algoritmos, carteras de servicios, programas, planes de calidad, etc.) conlleva a la práctica de la medicina no personalizada, propiciando AMI²².

Por otra parte, los participantes del estudio manifestaron conocimiento sobre la P4, el sobrediagnóstico y la sobremedicalización hasta que se encontraron en la especialidad. La introducción de la P4 debe cobrar presencia en el currículo de pregrado y posgrado, deben sembrar un enfoque de medicina familiar enfocado en la adecuada práctica médica, introduciendo la cultura de la prevención primaria y cuaternaria durante la práctica asistencial. Es importante que promuevan acciones que beneficien a la transformación de

prácticas innecesarias y que desarrollen las competencias requeridas para disminuir el riesgo iatrogénico, retomando la importancia de la ética en la práctica clínica y fortaleciendo las habilidades de comunicación entre médico-paciente²³.

Deben mencionarse importantes limitaciones de este estudio. Primero, la validez interna pudo haber estado influenciada por el sesgo de la subjetividad y la deseabilidad social, ya que las respuestas se recopilaron a través de una entrevista a profundidad donde los participantes pudieron haber distorsionado sus convicciones y manifestado opiniones acordes a lo que se considera apropiado. Adicionalmente, no se entrevistaron a especialistas de atención secundaria, pacientes u otros actores involucrados en el ámbito de la salud, lo que también pudo haber afectado la validez del estudio. Segundo, dado que el diseño de la investigación fue de corte cualitativo y estuvo enfocado en el muestreo teórico de un número muy reducido de médicos familiares, el estudio carece de representatividad y validez externa, por lo que no es posible generalizar los resultados a entornos hospitalarios, pese a su exhaustiva información²⁴. Es importante que futuras investigaciones empleen métodos cuantitativos que permitan medir las relaciones entre las variables de estudio²⁵.

Pese a estas limitaciones, este trabajo revela la existencia del riesgo en la práctica médica que requieren ser abordados y mejorados en la atención primaria de la salud. Ante este escenario, resulta importante mejorar la relación y comunicación médico-paciente con el propósito de mejorar las opciones terapéuticas y menos dañinas para todos los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad. El problema de la sobremedicalización y el sobrediagnóstico ha rebasado los límites de las instituciones de salud, por esta razón es importante impulsar la P4 en la suma de los intereses de «primero no dañar»^{26,27} que permitirá retomar el cauce de la atención en salud más segura para el paciente. Lovo¹⁹ advierte que la P4 debe propiciar la reflexión de las acciones médicas en los profesionales y administradores de la salud y en los encargados de las políticas sanitarias. Además, debe invitar a considerar los alcances éticos y a reconocer las influencias que pueden tener al tomar decisiones que pueden provocar un daño en el paciente. Una práctica médica efectiva debe estar orientada a velar por la seguridad y el bienestar del paciente, para ello exige autonomía, actualización y formación académica, capacidad de comunicación, flexibilidad y adquisición de habilidades para la resolución de problemas²³. Esto puede comenzar incluso desde la formación académica con el fin de valorizar e invertir en la educación de los profesionales de la salud y del sistema de atención sanitaria. Esta investigación es una representación de la necesidad de fortalecer el ejercicio diario de la prevención de las AMI en la atención en salud y de la necesidad de diseñar programas de políticas públicas y estrategias educativas que fortalezcan estos elementos.

Consideraciones éticas

La investigación se apegó a la Ley general de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Quinto: Investigación para la Salud en su artículo. Por las características del estudio, se solicitó la carta de autorización y consentimiento informado, debido a que se obtuvieron los datos personales y opiniones de los participantes. El fundamento para el tratamiento de los datos personales lo comprenden el artículo 16 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, los artículos 18, 48, 49, 51, 52, 85, 86 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Conforme a la Declaración de Helsinki¹⁸ esta investigación está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, protegiendo la intimidad y la dignidad del ser humano. El proyecto fue registrado y aprobado por el Comité de Investigación en Salud de la Universidad de Quintana Roo.

Agradecimientos

Agradecemos a los médicos participantes en este estudio por su tiempo y aceptación a las entrevistas, a los Colegios de Medicina Familiar que participaron en generar el enlace con los médicos participantes.

Financiación

Este estudio no requirió financiamiento.

Conflictos de intereses

No existe ningún tipo de conflicto de interés por parte de los autores.

Puntos clave

- La prevención cuaternaria representa un potencial importante en la innovación sanitaria para identificar a los pacientes con riesgos en la atención en salud, protegerlos de nuevas invasiones médicas y sugerir intervenciones éticamente correctas.
- Las acciones médicas innecesarias son un tema de creciente interés en los sistemas sanitarios y especialmente en la atención primaria de la salud.
- Una práctica médica efectiva debe estar orientada a velar por la seguridad y el bienestar del paciente, exigir autonomía, actualización y formación académica, capacidad de comunicación, flexibilidad y adquisición de habilidades para la resolución de problemas.
- La formación desde el pregrado y posgrado, debe sembrar un enfoque de medicina familiar enfocado en la adecuada práctica médica, introduciendo la cultura de la prevención primaria y cuaternaria para desarrollar un ejercicio profesional orientado hacia la premisa «primero no dañar».

Bibliografía

1. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):106-11. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1422177>.
2. Villaseñor-Chávez E, Guzmán J. Prevención cuaternaria. *Rev Med Urol*. 2015;75(3):123-5. <https://doi.org/10.1016/j.uromx.2015.05.001>.
3. Visentin G. The difficult choice of «not doing» comment on «quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization». *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(8):559-60. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2015.108>.
4. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-4. <https://doi.org/10.15171/ijhp.2015.24>.
5. Pérez Giménez G. *Impacto de un programa de gestión de casos a pacientes crónicos complejos*. España: Universitat de Barcelona; 2017. Tesis Doctoral.
6. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: How cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS*. 2014;122(8):683-9. <https://doi.org/10.1111/apm.12278>.
7. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract*. 2019;69(689):614-5. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706913>.
8. Tesser CD, Norman AH. Quaternary prevention and medicalisation: inseparable concepts. *J Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2021;25:1-15. <https://doi.org/10.1590/interface.210101>.
9. Jamouille M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Rev Bras Med Fam*. 2015;10(35):1-3. [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1064](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1064).
10. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care - A qualitative study with general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):99. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0667-4>.
11. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saúde Pública*. 2017;51:116. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>.
12. Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2019;23:1-16. <https://doi.org/10.1590/interface.180435>.
13. Andino M, JMMD Guimarães, Almeida N. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:1-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231819>.

14. 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». *Int J Health Policy Manag.* 2015;4(8):561–3. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.99>.
15. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia; 2016.
16. Álvarez-Gayou JL. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós; 2003.
17. Rodríguez-Martínez P. *La teoría fundamentada: un plan metodológico para respetar la naturaleza del mundo empírico*. *Prax Sociol.* 2008;12:137–72.
18. Goodey MDE, Krleza-Jeric K, Lemmens T. The Declaration of Helsinki 2007;335 (7621):624–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.39339.610000.BE>.
19. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ.* 2012;344, e3502. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3502>.
20. Lovo J. Prevención cuaternaria: hacia un nuevo paradigma. *Aten Fam.* 2020;27(4): 212–5. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76900>.
21. Gérvás J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2006;20:66–71. <https://doi.org/10.1157/13101092>.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340027/978924>.
23. Tran T, Vo T. Impacto da prevenção quaternária como intervenção breve nas decisões clínicas de estudantes de medicina: experiência do Vietnã. *Rev Bras Med Fam.* 2015;10(35):1–8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1119](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1119).
24. Findley MG, Kikuta K, Denly M. External Validity. *Annu Rev Polit Sci.* 2021;24(1): 365–93. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-041719-102556>.
25. Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureaux N. *Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde*. *Rev Bras Med Fam.* 2016;11(0):75–85. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1388](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1388).
26. Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Aten Primaria.* 2018;50:86–95. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.004>.
27. Hayes SN. First, do no harm. *Eur Heart J.* 2021;42(33):3172–4. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab442>.