

LEY NICOLÁS Y LA PREVENCIÓN CUATERNARIA EN ARGENTINA: CUANDO LA SEGURIDAD TAMBIÉN EXIGE SABER NO HACER

CLAUDIA N. RAMÍREZ¹, TAMARA J. STEINMAN², HUGO N. CATALANO³

¹Instituto de Seguridad y Calidad en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, ²Evaluación de Calidad de las Organizaciones de Salud, ITAES/UCASAL 2025, ³Departamento de Docencia, Hospital Alemán, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

E-mail: hugoncatalano@gmail.com

La sanción de la Ley 27.797¹, conocida como “Ley Nicolás”, instala la calidad y la seguridad sanitaria como política del sistema sanitario argentino.

Es un gran avance dentro de la cultura de la seguridad del paciente que se encuentra como eje de políticas de la OMS en el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud; entendiéndose como *Seguridad del Paciente*, el minimizar al máximo los riesgos de acuerdo con las normas y prácticas aceptadas para que estos no afecten negativamente la salud de las personas.

La ley define, dentro del cambio cultural que dispone, a la Prevención Cuaternaria como un conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica innecesaria. En un contexto global caracterizado por la hipermedicalización², el sobrediagnóstico³ y el sobretratamiento⁴, cualquier política de seguridad resulta incompleta si no incorpora de forma explícita la problemática del daño derivado del exceso de intervenciones.

Desde la perspectiva de la prevención cuaternaria⁵⁻⁷, la ley abre una oportunidad y revela zonas de tensión: ¿cómo evitar que, en nombre de la seguridad, se perpetúe una medicina cada vez más intervencionista, tecnificada y defensiva?

El objetivo de este editorial es analizar el articulado de la Ley con comentarios en clave de prevención cuaternaria y seguridad del paciente.

En el capítulo I, artículo 1, se establece la **Finalidad de la Ley**, asegurando el derecho a la asis-

tencia de calidad y segura, definiendo un marco jurídico e institucional que promueva las mejoras en las condiciones de la práctica sanitaria, la protocolización, y jerarquización de los procesos de atención, centrada en las personas informadas, cuidando el marco de trabajo del equipo de salud. El cambio cultural se enmarca en la ley 27.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, así como, en la ley 27.275, que proclama el derecho universal de acceso a la información pública. Esta nueva ley viene a complementar dicho marco normativo.

A fin de su interpretación se incluyen y definen aquí conceptos que permiten trabajar en la búsqueda de estándares de calidad y seguridad en la asistencia.

La inclusión de términos como cultura justa, coproducción y prevención cuaternaria muestra una mirada contemporánea que reconoce que muchos daños provienen de fallas sistémicas y no solo individuales^{8,9}, abriendo la puerta para el trabajo interdisciplinario en la construcción de una medicina más segura.

Se establece un lenguaje común imprescindible para que instituciones, equipos de salud y usuarios comprendan de qué hablamos cuando hablamos de calidad y seguridad.

Define la calidad de la atención sanitaria como el acto permanente de transformación del sistema sanitario, orientado principalmente a la atención de las personas usuarias y sus comunidades. Establece dos dimensiones fundamentales de la calidad de la atención sanitaria que son la seguridad en la atención y la estandarización

de procesos asistenciales. La **Seguridad del paciente** se constituye en una disciplina que busca la prevención y reducción de daños prevenibles asociados a la atención sanitaria, hasta un “mínimo aceptable”, en el cuadro de las limitaciones de los conocimientos científicos actuales y recursos disponibles. Si ocurrieran, se generan acciones para minimizar el impacto en los pacientes, su familia, y el equipo de salud.

Es muy importante en este punto la asociación directa que se produce con la definición de la **Prevención cuaternaria** tanto en diagnóstico y tratamiento por exceso. También, se establece en Artículo 4, incorporar a los procesos de atención la prevención cuaternaria para reevaluar críticamente la práctica clínica.

La búsqueda de la seguridad y la calidad se terminan de enmarcar en el resto de las definiciones, como las diferencias entre incidente de seguridad, evento adverso no evitable, evento adverso evitable, evento centinela, como conceptos que nos permiten dimensionar la importancia del impacto en la seguridad y la necesidad de mejora de la atención, la aplicación de protocolos y procesos asistenciales debidamente estandarizados.

El texto de la Ley propone una agenda transformadora que reconoce que la calidad y la seguridad no dependen solo de normas, sino de un cambio cultural profundo en las instituciones. Se plantea el **modelo de Cultura Justa**, que define la necesidad de abordaje imparcial a los incidentes de seguridad, entendiendo que los errores humanos no siempre son objetos de sanción.

Esta perspectiva es central para defender al médico y al equipo de salud, ofreciendo un marco que evita la culpabilización individual y promueve análisis sistémicos que identifiquen fallas estructurales, fomentando la notificación de problemas de seguridad, sin temor a represalias: *acto no punitivo y de aprendizaje*, entendiendo por qué se produjeron las fallas y como el sistema condujo a comportamientos subóptimos. Se exigen responsabilidades, si hubiera pruebas de negligencia grave o actos deliberados, de desprecio consciente de riesgos o violación de las reglas de seguridad, en encuadre como *acto punible y temerario*. Se entiende, entonces, como Cultura Justa al equilibrio entre lo no punitivo y lo disciplinario¹⁰.

Todo lo anterior se sostiene en un marco de atención que promueve la **coproducción de sa-**

lud dando la posibilidad a pacientes y personas usuarias (entorno) para la mejor toma de decisiones.

Se refuerza la necesidad de transparencia informativa, del análisis de riesgos y del reporte confidencial de incidentes, herramientas que fortalecen al profesional al brindar contextos seguros donde comunicar lo que ocurre sin temor¹¹.

El alcance de esta Ley es para todas las Instituciones proveedoras de servicios de salud, públicas o privadas, y establece, en el **capítulo II, las Características mínimas de las instituciones proveedoras de servicios de salud** con un conjunto de características mínimas en las que se destacan la importancia de protocolos, auditorías, autoevaluaciones y procesos estandarizados, (herramientas indispensables para reducir variabilidad, evitar daños evitables y sostener prácticas seguras basadas en evidencia) junto a procesos y condiciones laborales compatibles con una atención segura y humana¹².

La formación en prevención cuaternaria implica el conocimiento de las recomendaciones de “No Hacer”, que tienen como objetivo principal la reducción de intervenciones sanitarias innecesarias, que se definen como aquellas que no han demostrado eficacia, tienen una efectividad escasa o dudosa, no son costo-efectivas o no son prioritarias¹².

Estos conocimientos deben también formar parte de las verificaciones de la **aptitud profesional del equipo de salud, que constan en el Capítulo V y que incluyen** la verificación de competencias específicas, y la simulación para habilidades técnicas, lo que moderniza la evaluación y la acerca a estándares internacionales de competencia clínica. Estas verificaciones y su carácter público aportan transparencia al sistema, mientras que permiten a instituciones y pacientes conocer el nivel de acreditación del equipo de salud. En conjunto, estos artículos modernizan la carrera sanitaria y consolidan un enfoque de calidad basado en actividades profesionales a confiar¹³ y en la protección integral del equipo de salud^{14,15}.

Los protocolos y estandarizaciones deben vincularse con la prevención cuaternaria que menciona la Ley. Es fundamental implementar este concepto en los diferentes ámbitos asistenciales, reconociendo a la seguridad del paciente como eje de la calidad asistencial, proponiendo

guías, prácticas y consensos de patologías prevalentes sobre lo “que debe y no debe hacerse”¹⁶.

La formación en prevención cuaternaria, entonces, debe formar parte de la **Capacitación del equipo de salud en materia de calidad y seguridad de la atención que se establece en el Capítulo VII**. Incluir estos conceptos a la formación continua, como un pilar esencial para sostener la calidad y la seguridad en la atención sanitaria, obliga a reconocer que la seguridad del paciente depende tanto del conocimiento técnico como de la comprensión de la normativa, los derechos y los procesos institucionales. El estado y las instituciones, públicas y privadas, deben supervisar, mediante herramientas técnicas, que

la atención médica cumpla con los estándares mínimos de seguridad.

La prevención cuaternaria es desde ahora ley: como eje transversal de su implementación evitará el riesgo de que se imponga una cultura sanitaria basada en el hacer por hacer.

La verdadera seguridad no se alcanza solo evitando errores, sino también evitando excesos. La verdadera calidad no se “la” gestiona, se gestiona “con” calidad (se la aplica).

En un sistema saturado de tecnologías, protocolos y presiones legales, quizás la mayor transformación cultural pendiente sea convertir el no hacer¹⁷⁻¹⁹ en un acto de responsabilidad, profesionalismo y cuidado genuino.

Bibliografía

1. Ley Nicolás: ley de calidad y seguridad sanitaria Ley 27797. En: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/332560/20251008>; consultado noviembre 2025.
2. Tesser CD. A conceptual framework for good preventive practices (or for quaternary prevention). *Cad Saude Publica* 2024; 40: e00068123.
3. Kühlein T, Macdonald H, Kramer B, et al. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises. *BMJ* 2023; 382: 1865.
4. Krishnan V. Overtreatment: violating the normative rules of beneficence and nonmaleficence? *J World Fed Orthod* 2023; 12: 1-2.
5. De Vito EL. Quaternary prevention, a term not yet included in the Medical Subject Heading (MESH). *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.
6. Choosing Wisely Canada. Common tests, treatments and procedures you may think you need. Let's think again. En: <https://choosingwiselycanada.org/pamphlet/common-tests-treatments-and-procedures/>; consultado noviembre 2025.
7. Gaudreau-Simard M, Shetty N, Silverstein WK, Luo OD, Stoyanova V. Eight ways general internists can practice high-value, low-carbon care: the Canadian Society of Internal Medicine's climate conscious Choosing Wisely Canada recommendations. *J Gen Intern Med* 2025; 40: 1609-16.
8. Choosing Wisely Argentina: lo primero no dañar. En: <https://choosingwisely.com.ar/>; consultado noviembre 2025.
9. Niklasson A, Montori VM, Johansson M. Prioritizing patients with the greatest care needs: time for family physicians to lead. *Am Fam Physician* 2025; 111: 302-3.
10. Vítolo F. Ley Nicolás de calidad y seguridad sanitaria: implicancias y desafíos a futuro (webinar). Buenos Aires: noble compañía de seguros; En: <https://share.google/zFmNx29K1wA9YlhPh>; consultado noviembre 2025.
11. Keshtkar L, Bennett-Weston A, Khan AS, et al. Impacts of communication type and quality on patient safety incidents: a systematic review. *Ann Intern Med* 2025; 178: 687-700.
12. Rol de la prevención cuaternaria en la seguridad del paciente. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/4_programa_curso_prevenccion_cuaternaria.pdf; consultado noviembre 2025.
13. Ten Cate O, Carraccio C, Damodaran A, et al. Entrustment decision making: extending miller's pyramid. *Acad Med* 2021; 96: 199-204.
14. Catalano HN. Sci-Hub. Removing barriers to accessing scientific information, is it dangerous without the tools of critical reading. *Medicina (B Aires)* 2020; 80: 312.
15. Han PKJ. Tolerating uncertainty about the communication of risk. *MDM Policy Pract* 2025; 10: 23814683251314784
16. Choosing Wisely Argentina. Recomendaciones actuales. En: <https://choosingwisely.com.ar/recomendaciones>; consultado diciembre 2025.
17. RB, Patey AM. Why tackling overuse will not succeed without changing our culture. *BMJ Qual Saf* 2025; 34: 563-6.
18. MacGillivray TE. Physicians should lead the change to value-based care: good medicine is good business. *Ann Thorac Surg* 2025; 120: 634-6.
19. Gurwitz JH. Pulling back the curtain on deprescribing interventions. *J Am Geriatr Soc* 2025; 73: 1002-4.