

PREVENCIÓN CUATERNARIA: DECISIONES MÉDICAS INFORMADAS EN RASTREO DE CÁNCER Y SU DETECCIÓN TEMPRANA, DEPRESCRIPCIÓN, DESIMPLEMENTACIÓN Y DESINVERSIÓN

HUGO N. CATALANO

Departamento de Docencia, Hospital Alemán, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina

E-mail: hugoncatalano@gmail.com

Cuando los profesionales de la salud intervienen en la vida de las personas, existe siempre el riesgo de provocar daños no intencionales, un riesgo que también alcanza a quienes diseñan políticas sanitarias o toman decisiones sobre su propia salud.

En medicina, “hacer” suele sentirse como sinónimo de cuidar. Y, sin embargo, cada intervención –un estudio, una etiqueta diagnóstica, un rastreo, un fármaco más en una lista ya larga– puede también abrir la puerta al daño evitable.

La tensión entre la promesa de la prevención y el riesgo del sobreuso atraviesa hoy a la práctica clínica, a la salud pública y a la educación médica.

A modo de ejemplos, el sobreuso incluye: rastreo con PSA en varones de bajo riesgo o fuera de rangos etarios recomendados, pruebas basadas en biomarcadores sanguíneos sin evidencia aún de reducción de mortalidad, rastreo tiroideo en población general asintomática, imágenes para lumbalgia inespecífica sin signos de alarma, uso prolongado de inhibidores de bomba de protones o estatinas en prevención primaria en personas con muy bajo riesgo absoluto.

La prevención cuaternaria se sustenta en “acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y sugerirles alternativas éticamente aceptables”¹.

El rastreo oncológico realizado fuera de las recomendaciones por edad o riesgo, la intensificación farmacológica guiada por metas rígidas de factores de riesgo sin considerar fragilidad o preferencias del paciente, y la incorporación automática de intervenciones preventivas por cumplimiento protocolar constituyen ejemplos de enfoques normativos que priorizan estándares prescriptivos por sobre el juicio clínico contextual. En estos escenarios, la inercia clínica y la presión cultural por intervenir perpetúan prácticas que pueden alejarse del beneficio real e individualizado².

Esta diferenciación resulta central en el contexto del rastreo y la prevención en determinadas situaciones, donde los beneficios suelen ser modestos, diferidos en el tiempo y altamente dependientes del riesgo basal, mientras que los daños –sobrediagnóstico, ansiedad, cascadas diagnósticas– son inmediatos y frecuentemente subestimados³.

Este artículo no sostiene que los programas de cribado deban abandonarse de manera indiscriminada. Por el contrario, reconoce que existen estrategias con reducción demostrada de mortalidad en poblaciones y rangos etarios definidos. El punto central no es oponerse al rastreo, sino subrayar que el beneficio absoluto puede variar según el contexto epidemiológico y terapéutico, y que los riesgos de sobrediagnóstico y sobretratamiento deben formar parte explícita de la deliberación clínica.

El sobrediagnóstico implica identificar lesiones que no habrían producido síntomas ni afectado la supervivencia, exponiendo a las personas a intervenciones innecesarias, efectos adversos físicos y psicológicos, y costos evitables.

Propongo analizar problemáticas que se entrelazan: la toma de decisiones informadas (en particular referidas a la discusión contemporánea sobre el rastreo oncológico) y la desprescripción⁴, desimplementación⁵ y desinversión⁶ como estrategias clínicas a incorporar en una cultura sustentada en la prevención cuaternaria.

El punto de partida es simple y a la vez exigente: no basta con “tener información” sino que hace falta información confiable sobre la probabilidad de los efectos de una elección en salud y reconocer que la evidencia sobre eficacia es condición necesaria para juzgar eficiencia, equidad e inclusividad. Sin evidencia confiable sobre estos efectos, la discusión ética y distributiva se vuelve retórica⁷.

Aun con avances notables por democratizar el conocimiento el camino hacia decisiones verdaderamente informadas sigue siendo “largo y sinuoso”, porque la medicina convive con sesgos, desinformación, intereses, y con el hábito de delegar decisiones complejas a supuestas autoridades. Este “hábito de delegación” tiene raíces profundas: la incertidumbre clínica es incómoda, la cultura sanitaria premia la acción y penaliza la espera prudente. Este llamado a decisiones informadas se inscribe en la tradición inaugurada por Alma Ata, que reconoce el derecho de las personas de participar en su atención sanitaria⁸.

Los medios constituyen una fuente dominante de información sanitaria por lo que las decisiones pueden apoyarse en opiniones insuficientemente fundamentadas y que alientan el “hábito de delegación” al que aludo.

En el rastreo de cáncer, la promesa histórica de la detección temprana fue potente: hallar tumores en estadios iniciales, tratar antes, salvar vidas. Con el tiempo se volvió ineludible mirar la contracara: el sobrediagnóstico –diagnosticar una enfermedad que nunca habría causado daño ni muerte si se la dejaba librada a su evolución– y el sobretratamiento, que desde allí se desprende, ponen en crisis pesquisas que se han asociado a un aumento en la incidencia de

tumores de bajo riesgo y alimentan el debate científico sobre la magnitud de estos potenciales daños⁹.

El sobrediagnóstico, en individuos sanos, no es un daño marginal sino estructural: cuanto más repetitivo el cribado y más sensibles las pruebas, mayor la probabilidad de detectar lesiones indolentes que no hubieran requerido intervención (el cáncer tiroideo constituye uno de los ejemplos mejor documentados)¹⁰.

Paradójicamente, cuanto mayor es el “daño por sobrediagnóstico”, más popular puede volverse el cribado, porque se multiplican las personas que atribuyen su supervivencia a un diagnóstico “a tiempo”, aun cuando esa lesión jamás las habría amenazado. Las consecuencias: angustia, estigmatización, aislamiento y decisiones difíciles¹¹.

La existencia de normativas y guías no convierte automáticamente a toda intervención en universalmente apropiada. Las recomendaciones se formulan sobre promedios poblacionales y bajo supuestos de capacidad instalada y acceso equitativo que no siempre se cumplen en la práctica. Cuando se aplican sin considerar contexto, riesgo individual y prioridades locales, pueden coexistir dos formas de inequidad: la exclusión de quienes necesitan intervenciones efectivas y la exposición de personas de bajo riesgo a intervenciones de valor incierto. En ambos casos el perjuicio no proviene de la guía, en sí misma, sino de su implementación descontextualizada.

A ello se suman los costos directos e indirectos, la inequidad –porque las poblaciones con mayores recursos suelen estar más expuestas a estudios costosos y, por ende, a sobrediagnóstico– y el impacto sistémico de recursos desviados desde problemas de alta carga y baja visibilidad hacia intervenciones de bajo valor. Reconocer el problema del sobrediagnóstico no implica negar la existencia del subdiagnóstico en poblaciones con acceso limitado a servicios preventivos efectivos¹². La equidad no se alcanza aumentando indiscriminadamente la cantidad de intervenciones, sino garantizando acceso oportuno a aquellas con beneficio demostrado y evitando la exposición innecesaria a prácticas de valor incierto.

Una enseñanza esencial de los marcos que proponen ir de la evidencia a la decisión es que

una recomendación no se sostiene solo en el efecto promedio, sino en el balance entre beneficios y daños, la certeza de la evidencia, los valores y preferencias de las personas y la factibilidad en un contexto determinado.

Desimplementar no es desatender. Es reconocer, con honestidad intelectual y ética clínica, qué puede y qué no puede lograr la práctica que se propone, y ajustar intensidad, edades y periodicidades en función de la mejor evidencia disponible y del contexto.

La deprescripción es el microambiente de la prevención cuaternaria: ocurre en la consulta, frente a una persona real, con una historia y temores, y con una lista de prescripciones (estudios y medicamentos) que suele haber crecido por acumulación¹³.

Deprescribir no es “sacar por sacar”. Es revisar la indicación, la evidencia de beneficio para esa persona y ese horizonte temporal, los riesgos acumulativos y la carga del tratamiento. La desinversión en salud –entendida como retirar intervenciones ineficaces o de bajo valor– constituye un componente indispensable de sistemas sanitarios sostenibles y equitativos: sigue siendo uno de los procesos más resistidos desde el punto de vista político y cultural¹⁴.

A diferencia de la racionalización basada exclusivamente en costos, la desinversión alineada con la prevención cuaternaria se fundamenta en la evidencia de daño o ausencia de beneficio clínico relevante, y busca liberar recursos para intervenciones de mayor impacto poblacional. En este sentido, desimplementar programas de rastreo inadecuados, deprescribir tratamientos innecesarios y revisar prácticas arraigadas no solo protege a los pacientes del sobretatamiento, sino que también fortalece la justicia distributiva y la legitimidad ética de las decisiones sa-

nitarias. Mantener intervenciones de bajo valor por inercia no resuelve la incertidumbre sobre la reasignación, sino que consolida el desperdicio.

Si unimos estas piezas, decisiones informadas, deprescripción, desimplementación, y desinversión, aparece una idea central: la prevención cuaternaria, no es una especialidad, es una manera de ejercer la medicina y de diseñar políticas de salud.

En el plano ético, nos obliga a repasar beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. En el plano epistemológico, nos exige una cultura de la evidencia y de la comunicación de incertidumbres: explicar riesgos basales, efectos esperados y posibles daños, reconocer cuando la evidencia es baja o muy baja y evitar la falsa seguridad del hacer “por las dudas”.

También hay una dimensión contemporánea que ya no podemos ignorar: el impacto ambiental del sistema de salud. Las actividades sanitarias contribuyen de manera relevante a las emisiones globales y el sobreuso amplifica esa huella. Desde esta óptica, deprescribir, desimplementar y desinvertir no solo protegen a pacientes individuales también protegen bienes comunes: el planeta¹⁵.

Es obligación que, quienes ejercen la medicina, combinen innovación tecnológica con discernimiento clínico, integrando avances diagnósticos y terapéuticos con una evaluación prudente de su impacto real en las personas y donde la detección temprana seguirá teniendo un lugar cuando su balance sea favorable y cuando esté alineada con preferencias informadas.

La deprescripción, la desimplementación y la desinversión son parte ineludible de un accionar médico de alta complejidad y profundo respeto por los derechos de quienes buscan el cuidado de su salud.

Bibliografía

1. Jamouille M. First do not harm. *J Midlife Health* 2015; 6: 51-2.
2. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1433-40.
3. Adami HO, Kalager M, Valdimarsdottir U, Bretthauer M, Ioannidis JPA. Time to abandon early detection cancer screening. *Eur J Clin Invest* 2019; 49: e13062.
4. Linsky AM, Motala A, Booth M, Lawson E, Shekelle P. Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 2025; 8: e259375.
5. Kien C, Daxenbichler J, Titscher V, et al. Effectiveness of de-implementation of low-value healthcare practices: an overview of systematic reviews. *Implement Sci* 2024; 19: 56.

6. Urtasun MA, Noble M, Cañás M, Bustin J, Mastai RC, Regueiro AJ. Reduction of social coverage for symptomatic slow-acting drugs for osteoarthritis: a disinvestment initiative in Argentina, 2015-2017. *Salud Colect* 2021; 17: e3246.
7. Richter R, Jansen J, Bongaerts I, Damman O, Rademakers J, van der Weijden T. Communication of benefits and harms in shared decision making with patients with limited health literacy: a systematic review of risk communication strategies. *Patient Educ Couns* 2023; 116: 107944.
8. Oxman A, Chalmers I and Glasziou P. Promoting informed health choices: the long and winding road. *J R Soc Med* 2025; 118: 358-72.
9. Delalogue S, Khan SA, Wesseling J, Whelan T. Ductal carcinoma in situ of the breast: finding the balance between overtreatment and undertreatment. *Lancet* 2024; 403: 2734-46.
10. Brito JP, Davies L, Zeballos-Palacios C, Morris JC, Montori VM. Papillary lesions of indolent course: reducing the overdiagnosis of indolent papillary thyroid cancer and unnecessary treatment. *Future Oncol* 2014; 10: 1-4.
11. Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med* 2017; 177: 407-19.
12. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-12.
13. Levinson W, Born K, Franco JVA, Kopitowski KS. Top 15 choosing wisely international campaign recommendations to reduce low-value care. *BMJ Evid Based Med* 2025; 30: 355-7.
14. Rao KD, Robertson T, Vecino Ortiz AI et al. Future health expenditures and its determinants in Latin America and the Caribbean: a multi-country projection study. *Lancet Reg Health Am* 2024; 44: 100781.
15. Francisco. Carta encíclica Laudato si': sobre el cuidado de la casa común. Ciudad del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2015. En: https://www.vatican.va/content/francesco/es/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html; consultado diciembre 2025.