
En medicina, no siempre más es mejor

Se debe evitar la sobremedicalización y no convertir problemas cotidianos o factores de riesgo menores en enfermedades que requieren tratamiento médico

21 de julio de 2026 00:137' minutos de lectura



Tamakhin Mykhailo

Por **Roberto Borrone** PARA LA NACION

Primum non nocere (**lo primero es no dañar**) es una locución latina cuyo origen **se remonta** a la antigua Grecia (Hipócrates en *Sobre las epidemias*). Es la base fundamental de la bioética (principio de no maleficencia) –nos lo han enseñado expertos bioeticistas como Beauchamp y Childress y en nuestro medio, entre otros, Ignacio Maglio–, junto al principio de beneficencia (hacer el bien), el principio de autonomía (informar al paciente y respetar sus decisiones) y el principio de justicia (accesibilidad universal al cuidado de la salud). Estos imperativos éticos constituyen un inmejorable punto de partida para el presente análisis.

Choosing Wisely (“**elegir sabiamente**”) es el nombre de una campaña global **iniciada** en Estados Unidos por la American Board of Internal Medicine (ABIM) en 2012, cuyo objetivo central es generar conciencia sobre la importancia de tomar decisiones médicas basadas en la mejor evidencia científica disponible para evitar el daño generado por prestaciones de salud inapropiadas o innecesarias fomentando, además, el diálogo y la información a los pacientes. Con ese objetivo se trabaja interdisciplinariamente para efectuar recomendaciones consensuadas en cada especialidad médica. En junio de este año se concretó en Buenos Aires el IV encuentro de la filial argentina. El Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la

Academia Nacional de Medicina participa activamente desde 2023 en estos encuentros.

La prevención cuaternaria, la atención de la salud basada en valor y la ley de cuidados inversos son tres conceptos esenciales para entender que en medicina no siempre más es mejor. En 1995, el médico belga Marc Jamouille acuñó el concepto “prevención cuaternaria”, definiéndolo como “el conjunto de actividades orientadas a evitar o reducir los daños asociados a la asistencia sanitaria”. Posteriormente, en 2003, la Organización Mundial de Médicos de Familia adoptó una definición ampliada al considerarla “cualquier acción para identificar y proteger a los pacientes de la sobremedicalización y de las intervenciones médicas innecesarias”.



Shutterstock

El tema ha adquirido especial trascendencia por dos rasgos distintivos de la medicina y la sociedad actual que Karin Kopitowski, especialista en Medicina Familiar, destaca claramente: la medicalización de la vida y la medicina preventiva. “Al correrse los puntos de corte para el diagnóstico, se produce el ingreso de millones de personas en el mundo de los enfermos”; esto nos conduce al concepto de “enfermos sanos”. Lo que ha ocurrido con muchos parámetros de la salud es que se ha extendido el rango de anormalidad y no siempre con una sólida evidencia científica.

Cuando se abandona la razonabilidad, el lema “prevenir es curar” se convierte en un “salvoconducto” para exponer a prestaciones innecesarias y sus eventuales riesgos (tests diagnósticos, medicaciones o incluso cirugías). Los expertos en este tema enfatizan que se debe evitar la sobremedicalización y no convertir problemas cotidianos o factores de riesgo menores en enfermedades que requieren tratamiento médico. Un aspecto que destacan es fomentar una “ética de la negativa” en los profesionales de la salud (“no hacer” algo innecesario), resistiendo incluso la presión de los mismos pacientes. La sobreindicación y sobreuso de estudios y

prácticas genera un colapso en la disponibilidad de turnos afectando la accesibilidad al sistema de salud. El sobreuso en países con estadísticas confiables, según la doctora Maria Noble, representa el 30% del gasto en salud.



Fotomontaje editado con IA

Esto **nos lleva al concepto de “ley de cuidados inversos”**, según el cual los pacientes con mejor salud y mayores recursos están hiperestudiados y consumen recursos en exceso, en tanto que poblaciones más vulnerables tienen menor acceso a una atención razonable de su salud. En sintonía con los conceptos anteriores, la “atención de la salud basada en valor” es un modelo asistencial que busca alinear los incentivos del sistema de salud hacia la calidad y la eficiencia en lugar de recompensar el volumen de prestaciones efectuadas. Es una verdadera propuesta “contracultural”.

Esto **requiere, según Kopitowski, “acuerdos interdisciplinarios sobre qué prácticas** médicas no son recomendables e incorporar esas sugerencias a la historia clínica electrónica y acompañar con herramientas de decisión compartida que ayudan a cada persona a participar activamente en su cuidado”. A estas acciones se las denomina “desimplementar” prácticas médicas innecesarias. Al solicitar solo estudios necesarios se evitan los sobrediagnósticos con la carga emocional que implican, la alteración de la calidad de vida que provocan y las “cascadas diagnósticas” ulteriores. Un estudio que evidencia hallazgos incidentales –“incidentalomas”– o anomalías irrelevantes, genera nuevos estudios –incluso biopsias– y eventualmente sobretratamientos. Consideremos, por ejemplo, las advertencias sobre la exposición innecesaria a radiación en diagnóstico por imágenes. A todo esto agreguemos el impacto ambiental por el consumo energético, insumos y generación de residuos por el sobreuso de prestaciones médicas.

“Transformamos a los sanos en sanos preocupados y, después, en sanos estigmatizados y en seudoenfermos, y los dejamos inermes ante daños innecesarios, previsibles e imprevisibles”

Respecto del enfoque de factores de riesgo como enfermedad a tratar, en muchos casos sin evidencia científica sólida, es muy impactante la reflexión de Juan Gervas al expresar que “transformamos a los sanos en sanos preocupados y, después, en sanos estigmatizados y en seudoenfermos, y los dejamos inermes ante daños innecesarios, previsibles e imprevisibles”. En cuanto a las estrategias de “desimplementación” de prestaciones innecesarias o inapropiadas, diferentes sociedades médicas científicas están logrando consensos para emitir recomendaciones que respalden las decisiones médicas basándose en la evidencia científica y revisiones sistemáticas. Las prestaciones evaluadas son, por ejemplo, la prescripción de determinados medicamentos, ciertos estudios de laboratorio y determinados estudios complementarios.

Dentro del espectro de procedimientos médicos innecesarios, un análisis honesto del tema no debe dejar de lado el preocupante tema de “la cirugía innecesaria”. El destacado cirujano argentino Alberto Ferreres, profesor de Ética y Cirugía en la Universidad de Washington, Seattle, EE.UU., publicó en 2023 un artículo que abordaba este tema crítico (“La cirugía innecesaria”, revista *Cirugía Española*). En su texto hace referencia a antecedentes históricos como el monitoreo de actividades quirúrgicas en el Reino Unido promovido por Ernest Grooves en 1908, la estandarización hospitalaria propuesta por Wetherill en EE.UU. (1915) y la fijación de estándares planteados por el bostoniano Ernest Codman en 1921. Siguiendo a Ferreres, fue Crile (1976) quien “prefirió la distinción entre intervenciones apropiadas o inapropiadas”. “Una cirugía puede ser inapropiada para la enfermedad o para un determinado paciente o efectuada por un cirujano no adecuadamente entrenado”. El núcleo de la cuestión es analizar la razonabilidad de determinadas indicaciones quirúrgicas. La respuesta, una vez más, la encontramos en la medicina basada en la mejor evidencia científica.

El tema de la prescripción de prestaciones sanitarias sin una razonabilidad científica sólida está atravesado por múltiples intereses: los financiadores de la salud (el Estado, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga), las instituciones prestadoras de servicios de salud, la industria farmacéutica, la industria de equipos e insumos médicos y los pacientes modelados como consumidores por irresponsables informaciones de salud (fundamentalmente en las redes sociales). Muchos pacientes están ávidos por llevarse múltiples prescripciones como sinónimo de haber sido bien atendidos. En el centro de este escenario está el médico sometido a estas tensiones y a un cronograma de consultas tan breves que conspiran contra un ejercicio racional de la profesión. A este escenario agreguemos la “medicina defensiva”, es decir, la solicitud de estudios innecesarios como una “sobrepotección” ante un hipotético reclamo judicial.

Surge claramente la importancia de incorporar el tema de la seguridad del paciente en los programas de estudio de grado y en las residencias médicas. La

reciente “ley Nicolás” se enfoca en este tema. La prevención y el diagnóstico precoz son pilares indiscutibles de una medicina racional. El otro pilar es el “criterio clínico”, el sentido común de los médicos, la razonabilidad basada en la evidencia científica ante cada paciente en particular. No hacer “de más” no significa transitar el reprochable camino de “no hacer lo necesario”. El gran maestro de la medicina Alberto Agrest expresaba que “hacer medicina es hacer ciencia y filosofía: ciencia para distinguir lo verdadero de lo falso, filosofía para distinguir lo que tiene sentido de lo que no lo tiene”.

Como reflexión final, en tiempos de inteligencia artificial sigue tan vigente como siempre la definición de Francisco Maglio sobre la esencia de la relación médico-paciente como “el encuentro entre una conciencia y una confianza”. Es precisamente aquella conciencia la que debe evaluar rigurosamente la relación riesgo-beneficio de sus decisiones.

Por Roberto Borrone PARA LA NACION

Profesor consulto de la primera cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de la (UBA); doctor en Medicina (UBA) Hospital de Clínicas (UBA)