



Editorial

¿Hacia dónde vamos con la prevención primaria medicamentalizada?

Profa. Dra. Noelia Speranza

El significado de “salud”, como estado funcional, está en el eje de la pregunta “¿hacia dónde vamos con la prevención primaria medicamentalizada?”, para entender cuándo estamos tratando una enfermedad y cuándo previniéndola. ¿Estar sano es la ausencia de enfermedad? ¿Cuáles son los puntos de corte, escalas, algoritmos, que definen qué significa estar sano o enfermo? Aún hoy persisten grandes desacuerdos sobre lo que significa estar enfermo. (1) La Organización Mundial de la Salud define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" pero hoy es difícil concebirla como alcanzable (2).

Con esta definición aún en tensión, difícil será saber si nuestro tratamiento medicamentoso tendrá como objetivo terapéutico prevenir (estando sano) o tratar una enfermedad.

La prevención primaria se define como aquellas medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. (3) Bajo el concepto que hoy manejamos ya podemos afirmar que la prevención primaria está medicamentalizada; si el límite para decir que estamos enfermos se corre - a la baja- aún más, el problema sólo será mayor. Quizás el objeto de análisis de este artículo debería ser más amplio, pues en estado de “salud” hoy día se catalogan como enfermedades, se patologizan, condiciones fisiológicas como la menstruación, la vejez, la menopausia y la andropausia, el cansancio, la falta de rendimiento físico, la desatención, el deseo sexual, las conductas desreguladas, la tristeza.

Los medicamentos se definen como aquellos utilizados para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad . (4) Uno de los mejores ejemplos de medicamentos utilizados en prevención primaria son las vacunas. Pero no quiero referirme a las nobles vacunas que tantas complicaciones infecciosas han prevenido y vidas han salvado, sino a aquellos medicamentos que se indican para prevenir el riesgo de enfermedades aún inexistentes clínicamente, o los que se utilizan para tratar como enfermedades dolencias o alteraciones que son parte de la vida cotidiana de las personas, como mencionamos.

Gervás se autocita en un documento donde se refiere a las “pre-enfermedades”: “...Esta biometría y definición de pre-enfermedad como factor de riesgo que, a su vez, tiene factores de riesgo que son señalados como causas, expresa un nuevo poder médico, un poder reciente, el de definir



salud y enfermedad por “consenso” (y generalmente en beneficio de las industrias sanitarias, especialmente las farmacéuticas)” (5)

“El impacto de las definiciones en el sobrediagnóstico de las enfermedades” es el título de un artículo de la JAMA que se refiere a la ampliación continua de los criterios de enfermedad puede reducir el infradiagnóstico y aumentar la atención adecuada, pero que también entraña riesgos (de sobrediagnóstico). Como señala Rafel Bravo en su blog sobre el artículo de JAMA, la medicalización, es decir, el planteamiento de cuestiones no médicas en términos médicos, favorece el uso excesivo de pruebas y tratamientos con pocos beneficios, con daños y costos significativos (para las personas y el sistema). Se diagnostican como enfermedades situaciones clínicas sin síntomas o sin riesgos importantes para las personas, por lo menos en el momento en el cual se decide iniciar el tratamiento farmacológico: hallazgos paraclínicos incidentales, diabetes gestacional por cambios en los puntos de corte (que ha duplicado su prevalencia sin mejorar los resultados de salud materna o neonatal), la patologización en psiquiatría de comportamientos normales como la timidez, la inquietud, la tristeza. Además, Bravo hace referencia a los riesgos de estigmatización o exclusión: “Las etiquetas de enfermedad pueden empeorar las perspectivas profesionales, especialmente cuando los diagnósticos afectan al seguro o al empleo.” (6,7)

Los énfasis de acciones terapéuticas en prevención primaria son desiguales: el esfuerzo en acciones no farmacológicas es mucho menor que en acciones farmacológicas. El foco en el medicamento es excluyente y de extrema dependencia. Da la sensación de que si se medica ya no es tan necesario lo demás: ni la alimentación adecuada, ni el ejercicio, ni el ocio, ni el arte y la cultura. Hay un medicamento para poder no hacer lo demás: lo que quizás lleva más tiempo, pero es más integral, empoderador y socialmente rico. El foco en el medicamento saca el foco de la responsabilidad (del Estado, de la sociedad, de las personas) de garantizar derechos para tener una calidad de vida adecuada para no enfermar, en el marco de los famosos determinantes sociales de la salud. No todo es facilitar acceso a medicamentos, claro que no.

Deberíamos poder acceder a los medicamentos que necesitamos (en prevención primaria o cualquier otro escenario) cuando éstos tienen evidencia de alto impacto en la evolución -morbimortalidad- de las enfermedades o en la calidad de vida de las personas. Además, los medicamentos tienen efectos adversos que pueden ser graves, cuestión que sería inadmisibles de aceptar si se utilizan cuando no son necesarios.

Muchas personas consumen muchos medicamentos, muchos más de los nos “confiesan” en los consultorios, muchos más de los que acceden a través de sus prestadores de salud y muchos más de los que reflejamos en nuestras investigaciones.

¿Todos son necesarios?

¿Todos son efectivos?



¿Por qué hay más accesibilidad y asequibilidad a medicamentos que a alimentación saludable y ejercicio físico (por no hablar de vivienda, trabajo, calidad del suelo, del agua, del aire, espacios de esparcimiento y cultura)?

¿Por qué se medicamentaliza la prevención primaria?

Como dice Abel Novoa en el documento La urgencia del generalismo (parte 2): la práctica generalista, citado en la página de internet de No gracias: “ la biomedicina de finales de los años 70, la consolidación del modelo biomédico obedeció a motivos políticos (hegemonía del individuo) y económicos (la expansión del mercado de la salud de la mano del poder económico y profesional que ha defendido «a pill for every ill») así como a un objetivo científico reduccionista promisorio...” (7)

Es interesante por tanto incluir la mirada desde lo político: medicamentalizar la prevención primaria reduce el tema, lo acota, y se lo sirve en bandeja a la industria farmacéutica. Sin dudas que como mercado es muy atractivo: personas “sanas” que deben usar medicamentos por largos períodos - indefinidos por la evidencia - para no “enfermar”.

Es comprensible querer vivir más y vivir más tiempo sin estar enfermos o con enfermedades controladas. Más comprensible aún sería, desde nuestra mirada farmacoterapéutica, si lo logramos utilizando menos medicamentos (y eficaces y seguros) y por el menor tiempo posible. No tenemos que explicar a esta altura por qué es bueno usar pocos medicamentos (eficaces y seguros) y por el menor tiempo posible. Los medicamentos ocupan UN lugar, y en cada situación y momento, hay que repensar cuál es ESE lugar... menuda responsabilidad para los y las profesionales de la salud... la verdadera “medicina personalizada”.

Volviendo a Novoa expresa: “...en los últimos 40 años la calidad del conocimiento biomédico y su capacidad para impactar en la mejora de la salud de las personas y la sociedad se ha visto profundamente comprometida. Las inercias generadas por este conocimiento al servicio más del consumo sanitario que de la salud de personas y/o sociedad, son las causantes de anomalías clínicas (como la triada “over” -sobrediagnóstico, sobretratamiento, sobretest-, la polimedicación, los problemas de seguridad generalizados, el sesgo optimista de profesionales y ciudadanos en relación con la capacidad de las tecnologías sanitarias para mejorar la salud) y anomalías económico-políticas (corrupción institucional profesional, académica y reguladora ineficiencia y curva de rendimientos decrecientes) graves.” (7)

¿Cuáles son las prescripciones necesarias en la prevención primaria? La justificación de la prescripción de tratamiento farmacológico para la prevención primaria debería basarse, más que en cualquier otro escenario, en un balance absurdamente favorable a los beneficios contra los riesgos que se deben asumir, porque las personas no están enfermas aún y no sería apropiado que lo pudieran estar por utilizar medicamentos innecesarios. Y como en el resto de los gestos terapéuticos de la medicina hacia los pacientes, acompañados de medidas no farmacológicas. En



la concepción de la salud como un producto social, resulta interesante el concepto de “prescripción social” como herramienta en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, como parte de una estrategia de atención social. Quizás sea aún un ideal en construcción, por la complejidad que implica y por los actores que involucra. Quienes han reflexionado sobre este tema destacan que se debe impulsar investigación de alta calidad que incluya medidas de resultados estandarizadas y validadas para garantizar que las recomendaciones se basen en la evidencia, y acompañar de una inversión económica acorde para sostenerla pero sin perjudicar la financiación de otros aspectos que también hacen a la salud y el bienestar, es decir debe integrarse como parte de un enfoque integral. (8)

Dos ejemplos frecuentes de medicamentación de la prevención primaria son la creciente medicamentación de la obesidad, convertida casi en una obsesión y un nicho potencialmente enorme para la industria farmacéutica, no solo por la gran prevalencia del problema en todo el mundo, sino por la dificultad de lograr éxito sostenido con medidas no farmacológicas; y el abordaje medicamentoso de las dislipemias en atención primaria, que lo que requiere es de un abordaje individualizado en función de riesgos. (10) Como dice Gervas: “La oferta médica... transmite la idea de que todo malestar es evitable, se busca una perfección sanitaria imposible y para ello se crean temores incoercibles.” (5) La información apropiada y ética a las personas en estos escenarios sería clave. Esto requiere como profesionales de un análisis crítico de la evidencia científica y una contextualización -validez externa- de esa evidencia para saber cómo trasladarla a los pacientes individuales o a las recomendaciones o políticas públicas para el conjunto de la sociedad. Si no se asume esa responsabilidad, del otro lado, está el riesgo de medicamentar sin criterio, de exagerar los beneficios o extrapolarlos de otras situaciones o por más tiempo del que se tiene información, y de servir a un negocio que deja afuera a las personas y la sociedad de acceder a otras formas de cuidar su salud y de hacer prevención primaria.

Para finalizar entonces he dejado planteadas tres cuestiones para luego poder entender hacia dónde vamos con la prevención primaria medicamentada: ¿qué entendemos como sociedad qué significa estar enfermo/a y cuáles son los determinantes -pasibles de intervención- para enfermar? ¿qué condiciones, factores de riesgo, alteraciones - y con qué definiciones-, tienen evidencia -de calidad- de que, con tratamientos farmacológicos sostenidos, se evita el riesgo de enfermedades y sus complicaciones a largo plazo? ¿qué favorecedores colocan al medicamento en el centro de la prevención primaria?

La responsabilidad, una vez más es compartida, entre Estado (autoridad sanitaria), academia, prestadores de salud, profesionales, y usuarios del sistema de salud, de asumir su rol -sobre todo ético-, para evitar daños y costos innecesarios.



Cómo citar este artículo

Speranza N. ¿Hacia dónde vamos con la prevención primaria medicamentada?. Boletín Farmacológico. [Internet]. 2025. [Citado: año, mes] 2025; 16 (3). 5 p.

Bibliografía

1. Tikkinen KAO, Leinonen JS, Guyatt GH et al. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators BMJ Open 2012;2:e001632. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001632
2. OMS. Constitución. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
3. Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 Abr [citado 2025 Jul 23]; 33(1): 7-11.
4. Arias, Thomas D. Glosario de medicamentos: Desarrollo, evaluación y uso. Organización Panamericana de la Salud. —Washington, D.C.: OPS, c1999. 333 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/751/9275323054.pdf>
5. Gervás J. Perez Fernández M. En medicina, más no suele ser equivalente a mejor. El caso de la prevención (y de la prediabetes). Revista Internacional de Educación y Análisis Social Crítico. Mañé, Ferrer & Swartz. 2025; 3 (1) ISSN: 2990-0476. Disponible en: https://ojs.eumed.net/rev/index.php/educacion_analisis_social/article/view/6_GP/6_GPpdf
6. Tikkinen KAO, Halme ALE, Guyatt GH, Glasziou P. The Impact of Definitions of Disease on Overdiagnosis. JAMA Intern Med. Published online June 09, 2025. doi:10.1001/jamainternmed.2025.1727
7. Bravo Rafael. El impacto de las definiciones de enfermedad en el sobrediagnóstico. Primum non nocere. 13 junio 2025. Disponible en: <https://rafabravo.blog/2025/06/13/el-impacto-de-las-definiciones-de-enfermedad-en-el-sobrediagnostico/>
8. Abel Novoa. La urgencia del generalismo (parte 2): la práctica generalista. No gracias. 29 octubre 2024. Disponible en: <https://www.nogracias.org/2024/10/29/la-urgencia-del-generalismo-parte-2-la-practica-generalista-por-abel-novoa/>
9. Social prescribing: bringing community back to health? The Lancet Vol 406 July 12, 2025 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2825%2901435-7>
10. Leal A, Inthamoussu M. Estatinas en prevención primaria. Boletín Farmacológico. [Internet]. 2023;14(2). 6 p. Disponible en: https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/images/2024/2024-2/Estatinas_en_prevencion_primaria_-_Boletin_2024_1.pdf