

La prevención en atención primaria: entre la lógica poblacional y la responsabilidad clínica

Prevention in primary care: between population-based approaches and clinical responsibility

Karin Kopitowski^a 

Resumen

A través de un análisis crítico, la autora de este artículo cuestiona la expansión acrítica de intervenciones que, bajo la promesa de beneficios colectivos, suelen derivar en una medicalización excesiva y en la saturación de las agendas asistenciales. Asimismo, propone recuperar el valor de la atención primaria como estrategia preventiva en sí misma: la continuidad y el vínculo terapéutico son herramientas más potentes que cualquier intervención fragmentada.

Abstract

Through a critical analysis, the author of this article challenges the uncritical expansion of interventions that, under the promise of collective benefits, often result in excessive medicalization and the saturation of clinical agendas. Furthermore, she proposes reclaiming the value of primary care as a preventive strategy in its own right: continuity of care and the therapeutic bond are more powerful tools than any fragmented intervention.

Palabras clave: Prevención Cuaternaria, Atención Primaria de Salud, Medicalización, Medicina Centrada en las Personas. Key words: Quaternary Prevention, Primary Health Care, Medicalization, People-Centered Medicine.

Kopitowski K. La prevención en atención primaria: entre la lógica poblacional y la responsabilidad clínica. Evid Actual Pract Ambul. 2026;29(2):e007220. Available from: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v28i3.7220>

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires; Unidad Académica de Medicina, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. karin.kopitowski@hospitalitaliano.org.ar <https://orcid.org/0000-0003-0939-0263>



Introducción

La prevención es un pilar de la atención primaria, pero su expansión acrítica puede tensionar la práctica clínica cotidiana, favorecer la medicalización innecesaria y profundizar las inequidades¹. Entre la promesa de beneficio poblacional y la obligación de cuidar a cada persona en particular, repensar cómo realizamos la prevención se convierte en una tarea clínica, ética y organizacional impostergable.

Cuando prevenir no es intervenir: la atención primaria como estrategia preventiva

La prevención forma parte del ADN de la medicina familiar y general. Sin embargo, en la práctica cotidiana, ocupa un lugar paradójico: si bien se la invoca como prioridad estratégica, rara vez es el motivo explícito de la consulta; se la promueve como solución universal, pero con frecuencia se implementa de manera fragmentada, descontextualizada e irreflexiva. En un contexto de sobrecarga asistencial, con guías de práctica clínica con recomendaciones superpuestas y demandas crecientes, la pregunta ya no es si la prevención es importante, sino cómo ejercerla sin perder el sentido clínico, la responsabilidad ética ni la sostenibilidad¹.

Una primera cuestión clave es reconocer que no toda prevención adopta la forma de una intervención específica. La accesibilidad, la continuidad y la calidad de la atención primaria constituyen, en sí mismas, estrategias preventivas de alto impacto. Un sistema que permite a las personas consultar a tiempo, ser atendidas por equipos que las conocen y sostener relaciones terapéuticas de largo plazo previene complicaciones, reduce hospitalizaciones evitables y mejora los resultados en salud^{2,3}. Defender estos atributos no es una tarea administrativa ni un lujo organizacional: es una forma de prevención primordial, muchas veces más efectiva que la incorporación de nuevas recomendaciones clínicas.

La expansión del campo preventivo ha venido acompañada, sin embargo, de un aumento exponencial de las intervenciones propuestas que no siempre están respaldadas por evidencia sólida. En prevención, el estándar ético es particularmente exigente: las acciones suelen dirigirse a personas sanas, por iniciativa del sistema de salud, y sus beneficios deben ser clínicamente relevantes y superar con claridad los posibles daños. Resultados estadísticamente significativos, mejoras en

marcadores intermedios o reducciones marginales en desenlaces específicos no siempre justifican una recomendación preventiva, especialmente cuando implican medicalización, ansiedad, sobrediagnóstico o cascadas diagnósticas^{4,5}.

Esto obliga a la atención primaria a asumir un rol activo como guardiana crítica de la evidencia preventiva, en lugar de limitarse a implementar mecánicamente guías elaboradas en otros contextos. Muchas recomendaciones se originan en poblaciones de alto riesgo o en entornos especializados, y su traslado automático a poblaciones de bajo riesgo puede alterar sustancialmente el equilibrio entre beneficios y daños^{1,4}. La prevención clínica requiere, por lo tanto, una lectura contextualizada de la evidencia y una comprensión profunda del riesgo basal de las personas atendidas.

Entre la lógica poblacional y la decisión clínica individual

En este punto resulta inevitable recuperar la llamada paradoja de Rose. Desde una perspectiva poblacional, una gran cantidad de personas con riesgo bajo o moderado puede generar más eventos que el pequeño grupo con riesgo muy elevado; por ello, intervenciones que desplazan ligeramente el riesgo promedio de toda la población pueden reducir significativamente la carga global de enfermedad^{6,7}. Un ejemplo clásico es el de la presión arterial: la mayoría de los accidentes cerebrovasculares no ocurren en personas con hipertensión severa, sino en aquellas con valores apenas por encima de lo normal. Aunque el riesgo individual en este grupo es bajo, su gran tamaño hace que concentre un mayor número de eventos, lo que explica por qué pequeñas reducciones en la presión arterial media poblacional pueden tener un impacto mayor que el tratamiento intensivo focalizado exclusivamente en quienes presentan cifras muy elevadas.

La paradoja de Rose no cuestiona la prevención; cuestiona su aplicación acrítica en la práctica clínica. Cuando este razonamiento se traslada sin matices al consultorio, emerge la tensión central: el beneficio individual de muchas intervenciones preventivas es pequeño, con números necesarios a tratar elevados, mientras que los posibles daños, costos y cargas terapéuticas se distribuyen entre personas concretas que muchas veces no se beneficiarán directamente. En la clínica, el promedio poblacional pierde sentido frente a la necesidad de ponderar el balance beneficio-daño para el individuo, en su contexto clínico, biográfico y social. La buena medicina no se practica sobre promedios, sino sobre personas^{4,8}.

Esto no invalida la lógica poblacional, sino que obliga a ubicarla en el nivel que le corresponde. Las estrategias de prevención estructural —aquellas que modifican el entorno, reducen exposiciones nocivas o facilitan elecciones saludables sin medicalizar— son coherentes con este enfoque, ya que logran beneficios colectivos con costos individuales mínimos^{4,8}. En cambio, cuando la prevención adopta la forma

de intervenciones clínicas individuales, reiteradas y sostenidas en el tiempo, el razonamiento poblacional no puede sustituir la evaluación del beneficio neto para cada persona.

Desde esta perspectiva, cobra especial relevancia la prevención estructural en la atención primaria. Muchas de las intervenciones más efectivas no consisten en sumar recomendaciones a los pacientes, sino en modificar el entorno asistencial: evitar estudios innecesarios, reducir prácticas de bajo valor, optimizar los circuitos de atención, mejorar la prescripción y la desprescripción, o implementar sistemas que prevengan daños de manera silenciosa y sostenida^{1,8}. Estas acciones benefician a toda la población atendida, no dependen de la adherencia individual constante, y además, suelen alinearse con la prevención cuaternaria y la desimplementación de prácticas innecesarias.

Cuando la prevención adopta una forma individual, resulta razonable priorizar a quienes tienen mayor riesgo basal o enfermedad establecida, así como integrar acciones preventivas en consultas motivadas por problemas reales. Estas situaciones ofrecen oportunidades clínicas significativas para abordar los riesgos de manera contextualizada, evitando la fragmentación y el carácter abstracto de la prevención “de agenda”. En personas asintomáticas de bajo riesgo, en cambio, la prudencia y la toma de decisiones compartidas se vuelven centrales, especialmente cuando los beneficios esperables son modestos y los daños potenciales no son despreciables^{8,9}.

La equidad atraviesa este debate de manera transversal. Las personas en situación de mayor vulnerabilidad social presentan riesgos más altos y enfrentan mayores barreras para acceder a la prevención. Ninguna intervención médica puede compensar por sí sola las desigualdades estructurales, pero la atención primaria tiene un rol insustituible en garantizar la accesibilidad, adaptar las recomendaciones al contexto real de vida y ofrecer mayor apoyo allí donde más se necesita. En este sentido, el principio de universalismo proporcional ofrece un marco ético y operativo para orientar la acción preventiva: intervenciones universales, con intensidad acorde al nivel de desventaja¹⁰. Por ejemplo, las políticas de reducción del consumo de sodio en alimentos procesados benefician a toda la población, pero su implementación puede y debe ser más intensa en comunidades con mayor vulnerabilidad social, donde la prevalencia de hipertensión es más alta, la oferta alimentaria es más limitada y la capacidad de elección individual está condicionada. De este modo, la intervención es universal en su alcance, pero proporcional en su intensidad, evitando tanto la estigmatización de grupos específicos como la reproducción de inequidades.

Finalmente, en un contexto de recursos finitos y agendas saturadas, la prevención requiere

priorización y gradualidad. No todo puede ni debe hacerse al mismo tiempo. Elegir pocas intervenciones con un beneficio claro, implementarlas con calidad, evaluarlas y escalaras de manera progresiva puede resultar más efectivo —y más humano— que intentar cumplir con una lista interminable de recomendaciones. Mientras tanto, las personas continúan beneficiándose de lo más valioso que la atención primaria tiene para ofrecer: una práctica clínica accesible, continua, crítica y centrada en las personas.

ocupa un lugar incómodo pero imprescindible entre la lógica poblacional y la decisión clínica individual: allí donde los beneficios colectivos deben dialogar con las consecuencias concretas para cada persona. En tiempos de agendas saturadas y expectativas preventivas ilimitadas, quizás el mayor acto preventivo sea ejercer una medicina prudente, crítica y deliberadamente centrada en quienes tenemos delante.

Reflexión final

Repensar la prevención no implica reducir su ambición, sino afinar su sentido. La atención primaria

Recibido el 02/02/2026, aceptado el 30/03/2026 y publicado el 07/04/2026



Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
(CC BY-NC-SA 4.0)

Declaración de uso de inteligencia artificial

Durante la preparación de este manuscrito fue utilizada la herramienta Gemini (Google) con el fin de sintetizar y refinar el resumen (abstract) a partir del contenido original del artículo. La autora revisó y editó el resultado de manera crítica, asumiendo la responsabilidad total del contenido final y de la precisión de la información presentada.

Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. La autora declaró no tener conflictos de interés.

Declaración de revisión editorial

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia

Referencias

1. Piessens V, Rodríguez Benito L, Öztora S, et al. Seven ways to optimise prevention in general practice and family medicine – a EUOPREV position paper to spark debate on prevention. Eur J Gen Pract. 2025;31(1):2531880. DOI: <https://doi.org/10.1080/13814788.2025.2531880> PMID: 40698523
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x> PMID: 16202000
3. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72(715):e84–e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340> PMID: 34607797
4. Brodersen J, Schwartz LM, Heneghan C, et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. BMJ Evid Based Med. 2018;23(1):1–3. DOI: <https://doi.org/10.1136/ebmed-2017-110886> PMID: 29367314
5. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston: Beacon Press; 2011.
6. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 1985;14(1):32–38. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32> PMID: 3872850
7. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
8. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015;4(2):61–64. DOI: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24> PMID: 25674569
9. Kunneman M, Montori VM. When patient-centred care is worth doing well: informed consent or shared decision-making. BMJ Qual Saf. 2017;26:522–524. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005969> PMID: 27672122
10. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010.



Imagen de portada de [Gerd Altmann](#), bajo licencia de contenidos de [Pixabay](#).