

Prevención cuaternaria y coste

Beatriz González López-Valcárcel. Universidad de Las Palmas de GC

Introducción

La prevención cuaternaria intenta:

- a) **No hacer**: reducir la exposición al sistema (evitar pruebas innecesarias, tratamientos ineficaces...). A diferencia de las prevenciones secundaria y terciaria, la cuaternaria se caracteriza fundamentalmente por la abstención de intervenir para evitar daños evitables causados por actuaciones del sistema sanitario. Gran parte de las sobreactuaciones sanitarias son de tipo preventivo (cribados, cadenas de tests diagnósticos,...)
- b) situar la exposición en el nivel del sistema menos lesivo (ejemplo, atención primaria frente a especializada: hay menor riesgo de exposición. Un ejemplo claro es el del seguimiento de la insuficiencia cardíaca(1))
- c) pero en sentido amplio, la prevención cuaternaria implicaría intervenir activamente para prevenir daños colaterales de intervenciones sanitarias; por ejemplo, las pruebas preoperatorias, el omeprazol para prevenir daño por AINES, o el test STREPA para evitar prescripciones antibióticas en infecciones víricas de vías respiratorias)

También en economía cuando se habla de costes nos referimos a los **costes de no hacer, los de oportunidad** (renunciar a la mejor alternativa disponible porque gastamos los recursos en el curso de acción elegido). Conceptualmente *coste* va más allá de los costes contables en que se incurre, del dinero desembolsado y de los recursos que se movilizan. Los costes son positivos (consumo de recursos) y negativos (ahorros, recursos liberados).

Las perspectivas social e individual

Para tomar decisiones sobre lo que le vale o no la pena acometer a una sociedad, en términos poblacionales, la ecuación es conceptualmente sencilla. El análisis **coste-efectividad** (ACE) compara los beneficios de salud, *netos de riesgos y efectos adversos*, con los costes de la intervención que se evalúa, comparada con el *gold standard*, o tratamiento estandar. Los riesgos y efectos adversos están *integrados* dentro del cálculo de la efectividad y se contabilizan como costes positivos en la ecuación de costes.

Igual que en cualquier otro ámbito, la **perspectiva** importa, y mucho: individual, del centro de gestión, social. Las decisiones estratégicas –protocolos- sobre actuaciones médicas dirigidas hacia las poblaciones deben basarse en criterios de **costes sociales**. Deben considerar los costes externos inducidos por un nivel asistencial sobre otros – ejemplo, atención de la especializada sobre la atención primaria, con la prescripción inducida-, y del sistema público de salud sobre los pacientes y sus familias –ejemplo, ingreso domiciliario, en el que la familia paga el cuidado de enfermería del paciente-

Por tanto, se pueden generar costes y ahorros, por acción y por omisión. Lo que importa es el **balance social coste-salud**, teniendo en cuenta la incertidumbre y el riesgo, y que distintas personas tienen diferentes grados de aversión al riesgo y en consecuencia **no hay un óptimo general, sino óptimos locales** –ej próstata; tratamiento hormonal; cribado de cáncer de mama; tratamiento de la osteoporosis,...). A nivel colectivo, hay reglas de decisión, a nivel individual, hay decisiones clínicas específicas. Ambas se toman a distintos niveles –político las primeras, clínico las segundas- Un programa puede ser coste-efectivo para una población, pero no convenir a un paciente determinado.

La contabilidad no es suficiente, pero sí necesaria

La contabilidad no es suficiente, pero sí necesaria. La contabilidad analítica está mucho más desarrollada en la red privada que en la pública, porque les resulta más necesaria. En España tenemos un serio problema de falta de conocimiento de costes de los procesos. Es alarmante que una gran parte de los estudios de coste-efectividad, incluso los del plan de calidad del MSPS, se fundamenten en la base de datos de costes de una empresa privada (Soikos).

Hay que tener buenos datos de utilización para poder elaborar bases de datos de costes. Tampoco vamos muy adelantados en esto.

El arte de cortar: podar el bonsai o talar el árbol

Los costes son a corto y a largo plazo. Para fluir en el tiempo, hay escalas de equivalencia basadas en tasas de descuento intertemporal. Sin embargo, en el contexto de crisis presupuestaria, no hay duda de que los costes desembolsables a corto plazo pesan más. En estos tiempos de crisis el *arte de cortar* ha pasado a primera línea de interés. Cómo los países pueden reducir costes sanitarios sin afectar negativamente, o afectando lo mínimo, la salud(2). La **desinversión** se plantea como una política activa(3) que han de asumir los decisores, pero hacen falta *enfoques sistemáticos* de desinversión con participación de gobiernos, profesionales y grupos relevantes de opinión. La desinversión se ha puesto de moda y está azuzada por la crisis, pero es necesaria siempre. Requiere un método, datos, y evidencia. ¿Cómo detectar prácticas ineficaces, de alto riesgo, inefectivas, o de coste-efectividad prohibitivo para podar el árbol eficientemente?

Con todo, no olvidemos que el objetivo del sistema no es ahorrar o minimizar costes,

sino conseguir un equilibrio difícil entre beneficios y riesgos, entre beneficios y costes. Porque, por ejemplo, si todos los fumadores dejaran instantáneamente de fumar, o todos los obesos se convirtieran por milagro en normopesos de la noche al día, el gasto asistencial a largo plazo del país aumentaría(4). Lo cual, naturalmente, no debe inducir a desear que se mantenga el tabaquismo ni la obesidad.

Los sistemas de información a) también tienen un coste de oportunidad; b) deberían potenciar economías de alcance y de red, que en España se desaprovechan por la falta de colaboración entre CCAA; c) tienen efectos adversos, uno muy serio son las fugas de seguridad. En EEUU, desde 2001 a 2011 se han reportado más de 300 casos, que afectaron en total a casi doscientos mil pacientes¹.

Las tres cuestiones

1. **¿Talar o podar?** ¿Es preferible abordar las grandes reformas globales o bien concentrarse en buscar mejoras marginales en busca de óptimos locales para pacientes y procesos específicos? Ejemplo, estrategia de crónicos o detectar procesos específicos en los que es prioritario desinvertir, por su alto coste y su balance desfavorable beneficio-riesgo?
2. **Prevenir la prevención:** poner en evidencia ejemplos y casos concretos de prevención como negocio, que desde el punto de vista social tienen más costes que beneficios, para desenmascarar la utilización sesgada e interesada del tópico del saber popular “*mas vale prevenir*”
3. Sistemas de información ¿Valdría la pena mantener un **repositorio público de costes**, para estudios observacionales de utilización de servicios sanitarios?

Referencias

1. Gervás J. Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde 2011.
2. Gulliford S. Harmless cuts in health care. Right first time, every time. BMJ. 2010;340:c1846.
3. Elshaug AG, Hiller JE, Moss JR. Exploring policy-makers' perspectives on disinvestment from ineffective healthcare practices. Int J Technol Assess Health Care. 2008 Winter;24(1):1-9.
4. van Baal PH, Polder JJ, de Wit GA, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Boshuizen HC, et al. Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. PLoS Med. 2008 Feb;5(2):e29.

¹ <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/administrative/breachnotificationrule/breachtool.html>