

POLÍTICAS SANITARIAS Y PREVENCIÓN CUATERNARIA¹

Juan Gervas. Médico general, Equipo CESCA, Madrid (España). Profesor Visitante, Salud Internacional, Escuela de Salud Pública, Madrid

Resumen de la presentación para el Seminario de Innovación en Atención Primaria sobre Prevención Cuaternaria a celebrar el 2 de octubre de 2011 en Barcelona.

Al final se incluyen tres preguntas para el debate electrónico previo a la reunión.

Las políticas sanitarias se refieren al campo de estudio y de decisiones prácticas en que se elige entre varias alternativas teniendo en cuenta los valores y los recursos disponibles.

Las políticas sanitarias implican la selección de alternativas sopesando los valores y recursos, pero también los intereses (legítimos y otros) de los muchos "actores" (*stakeholders*). Por ejemplo, las decisiones de políticas sanitarias se refieren a la selección de la mejor alternativa en el mercado público-privado para asegurar el acceso a la cirugía de cataratas (habitualmente con carencias) y la prostatectomía radical (generalmente con excesos).

Las políticas sanitarias permiten decidir acerca de la producción de servicios (por ejemplo, para poder morir en casa) y de la organización necesaria para cumplir sus objetivos (por ejemplo, la mezcla de habilidades profesionales).

Con la producción de servicios el sistema sanitario trata de responder a las necesidades en salud.

Los servicios de salud pueden ser individuales (personales) o colectivos (población), complementados con actividades intersectoriales. Algunos problemas de salud requieren la cooperación de todos los servicios, como la obesidad (atención clínica, intervenciones poblacionales y actividades intersectoriales).

La producción de servicios de salud transforma los insumos (*inputs*) en productos (*outputs*) y en

¹ Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

resultados, con el ánimo de *primum non nocere*.

Todos los servicios tienen efectos adversos, todos los servicios pueden producir daños a la salud. Algunos servicios producen más beneficios que daños en situaciones concretas.

Los servicios inapropiados y/o innecesarios producen daños, y raramente beneficios.

Prevención cuaternaria es la evitación de servicios innecesarios y/o inapropiados, y la prevención de la medicalización.

La prevención cuaternaria se refiere fundamentalmente a servicios personales, atención clínica, pero también a los servicios colectivos.

Deberían evitarse los contactos innecesarios. El riesgo de recibir cuidados innecesarios y/o inapropiados depende de tener contacto con los profesionales e instituciones sanitarias.

También deberían evitarse los contactos no apropiados. Es crítico tomar contacto con los profesionales e instituciones sólo cuando sea necesario, con el profesional y en el momento correcto, y dónde los beneficios esperables superen a los daños ciertos.

Por todo ello, las decisiones de políticas sanitarias deberían llevar a evitar el contacto de los individuos sanos con el sistema sanitario (para soslayar, por ejemplo, los "chequeos", o revisiones médicas), y reducir al mínimo los contactos preventivos y de seguimiento de pacientes crónicos (por ejemplo, cada seis meses en pacientes diabéticos estables, o nunca para cribados de cáncer).

Es complementario mantener el contacto según necesidad, lo que exige la organización de los servicios de forma tal que sea proporcional a la complejidad de los problemas la probabilidad de recibir cuidados innecesarios y/o inapropiados.

Las políticas sanitarias deberían poner énfasis en situaciones críticas por riesgo de daños como

1/ atención en urgencias,

2/ en instituciones con exceso/falta de personal, o con personal sobre/infracualificado para la necesidad,

- 3/ en la transición entre niveles (del hospital a la comunidad, y de ésta a la institución para ancianos, y viceversa, por ejemplo),
- 4/ cuando haya más de un problema (multi-morbilidad) y/o fragilidad (pobres, ancianos, minusválidos, analfabetismo, desempleo), y
- 5/ cuando se introduzcan nuevas tecnologías (organización, técnicas e instrumentos y productos para diagnóstico y terapéutica). Es imprescindible tener en cuenta la necesidad de prevención cuaternaria en estas situaciones.

La atención centrada en la persona permite mejores respuestas, en cuanto a la prevención cuaternaria, que la atención centrada en la enfermedad/factor de riesgo. La atención centrada en la persona es global y tiene en cuenta las perspectivas y expectativas de los pacientes, familias y comunidades.

La "tiranía del diagnóstico" aumenta los riesgos de daño, como la implantación habitual de guías, programas y protocolos.

Por todo ello, los servicios sanitarios precisan 1/ médicos generales-de familia que ofrezcan accesibilidad efectiva, integralidad y atención centrada en la persona a lo largo del tiempo capaz de coordinar los cuidados de otros especialistas, y 2/ el conocimiento necesario y la organización capaz de cumplir con el básico *primum non nocere*.

Puesto que los pobres y otras minorías se suelen exponer menos a las intervenciones médicas, cuando se mejore su acceso y utilización se precisan decisiones de políticas sanitarias que valoren simultáneamente beneficios y daños (para evitar los últimos cuando sea posible mediante actividades de prevención cuaternaria, como limitar la exposición a la radiología, por ejemplo).

La prevención cuaternaria va ligada a la transparencia. Por ello, las políticas de prevención cuaternaria deberían promover al tiempo la transparencia. Transparencia respecto al proceso de atención y los resultados, de forma que la competencia referencial (*benchmarking*) se convierta casi en actividad diaria, por ejemplo.

La transparencia se refiere, en otros ejemplos, a información (por clase social de pacientes y por entidades sanitarias, profesionales, áreas y regiones) acerca del uso de estatinas en prevención

cardiovascular primaria, o efectos adversos (de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, como sobrediagnóstico de cáncer, resistencia a los antibióticos y morbilidad y mortalidad de "origen médico").

Se precisan políticas sanitarias que promuevan el liderazgo (clínico, de gestión y político) en prevención cuaternaria.

Referencias

-Jamouille M. Prévention quaternary. Quaternary prevention.

http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm

-Kuehle T, Sghedoni D; Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. [Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte]. PrimaryCare. 2010; 10: 350-4.

-Rosemberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. Milbank Q. 2002;80:237-60.

-Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15. <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>

Preguntas

- 1. Las políticas sanitarias pueden dificultar la prevención cuaternaria. Comente algún ejemplo.**
- 2. Señale varios elementos (insumos, inputs, como conocimiento, tecnología, incentivos y otros) que podrían mejorar la difusión e implantación de la actividad cuaternaria a nivel "meso" (instituciones).**
- 3. Si tuviera que priorizar políticas sanitarias de prevención cuaternaria, ¿cuáles elegiría y por qué?**