



Comunicación Corta

Prevención cuaternaria: Perspectivas desde el Primer nivel de Atención

Quaternary Prevention: Perspectives from Primary Health Care

DOI

María Sofía Cuba-Fuentes^{1,a}, Nataly R. Espinoza-Suárez^{2,a}, Esperanza Reyes-Solari^{3,b,c}

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1004>

RESUMEN

Introducción: La práctica de la prevención cuaternaria lleva a evitar intervenciones sanitarias innecesarias. **Objetivo:** Evaluar la relevancia dada a los conceptos de prevención cuaternaria (P4), describir la influencia de entrenamiento en Medicina Basada en Evidencia su práctica y presentar las barreras y facilitadores de la práctica de la P4. **El estudio:** estudio de métodos mixtos durante 2018 y 2019. Se encuestaron 133 médicos que laboran en atención primaria y se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 20 participantes. Se utilizó los principios de la fenomenología para el análisis de los transcritos. **Hallazgos:** 94% consideran importante la práctica de la P4. A partir de nuestras entrevistas se identificaron barreras y facilitadores para la práctica de la P4 en el primer nivel de atención. **Conclusión:** Los médicos consideran importante la práctica de la prevención cuaternaria. Las barreras y facilitadores relevantes son las características específicas del sistema sanitario, del paciente y de los médicos.

Palabras Clave: Prevención cuaternaria; Atención Primaria de Salud; Sobrediagnóstico; Sobretratamiento (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Background: The practice of quaternary prevention leads to avoid unnecessary health interventions. **Objective:** To evaluate the relevance given to the concepts of quaternary prevention (P4), to describe the influence of training in Evidence Based Medicine on its practice and to present the barriers and facilitators of the practice of P4. **The Study:** Mixed methods study during 2018 and 2019. We surveyed 133 physicians working in primary care and conducted semi-structured interviews with 20 participants. The principles of phenomenology were used for transcript analysis. **Findings:** 94% consider the practice of P4 to be important. From our interviews, barriers, and facilitators for the practice of P4 at the first level of care were identified. **Conclusion:** Physicians consider the practice of quaternary prevention to be important. Relevant barriers and facilitators are the specific characteristics of the healthcare system, the patient, and the physicians.

Keywords: Quaternary prevention; Primary care; Overdiagnosis; Overtreatment. (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Centro de Investigación en Atención Primaria de Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
2. Centro de investigación de Salud durable (VITAM), Universidad Laval, Quebec, Canada.
3. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
 - a. Médica especialista en Medicina familiar y comunitaria.
 - b. Doctora en Antropología
 - c. Profesora emerita.

ORCID

1. María Sofía Cuba Fuentes / [0000-0001-7394-7092](https://orcid.org/0000-0001-7394-7092)
2. Nataly R. Espinoza Suárez / [0000-0003-4644-5809](https://orcid.org/0000-0003-4644-5809)
3. Esperanza Reyes Solari / [0000-0001-9613-0034](https://orcid.org/0000-0001-9613-0034)

CORRESPONDENCIA

Nataly Rossana Espinoza Suárez
Dirección: 8 cote de la fabrique, apart, 305, Quebec, Canada
Teléfono: +1 5819808291

EMAIL

nataly.espinoza-suarez.1@ulaval.ca

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 26/07/2021
Aceptado: 18/01/2022

COMO CITAR

Cuba-Fuentes MS, Espinoza-Suárez NR, Reyes-Solari E. Prevención cuaternaria: Perspectivas desde el Primer nivel de Atención. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 19 de junio de 2022 [citado 19 de junio de 2022]; 15 (1): 91-6. DOI: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.151.1004>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas, esto contribuye a la existencia de incertidumbre en la toma de decisiones clínicas en la práctica del primer nivel de atención⁽¹⁾. Los avances tecnológicos se incorporan a la práctica habitual por mecanismos no siempre rigurosos y que pueden resultar en intervenciones perjudiciales⁽²⁾. Además, la tendencia a sobremedicalizar, sobrediagnosticar y sobretratar, incrementan la necesidad de implantar la práctica clínica basada en evidencia, centrada en las personas y en acciones que tiendan a disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias⁽³⁾. Trabajar en evitar las prácticas sanitarias innecesarias es importante para evitar discrepancias entre profesionales sanitarios, pacientes y decisores políticos⁽⁴⁾.

Con la finalidad de abordar esta problemática, la Prevención cuaternaria (P4) ha surgido como una potencial solución. La definición de P4 se refiere a: "Las acciones tomadas para proteger a las personas/pacientes de las intervenciones médicas que sean más propensas a causar más daño que beneficio⁽⁵⁾". Esta definición incorpora la necesidad de una práctica clínica basada en la evidencia y en los principios del método clínico centrado en el paciente⁽⁵⁾.

En base a esto, en Estados Unidos se inició la campaña 'Choosing Wisely' que ha captado la atención mundial porque promete evitar el cuidado innecesario de los pacientes⁽⁴⁾. Diversas sociedades científicas y gobiernos alrededor del mundo han adoptado recomendaciones no hacer como parte sus guías de práctica clínica y espacios para mejora continua de la calidad^(6,7).

Actualmente la prevención cuaternaria justifica la función de filtro del médico de atención primaria, y la prestación de servicios en el lugar más cercano y con las actividades diagnósticas y terapéuticas menos agresivas^(8,9).

La búsqueda de una práctica médica basada en P4, requerirá de una valoración crítica de los conocimientos biomédicos actuales, invitando a los médicos de atención primaria a tener una actitud de autocontención, precaución y reafirmación de la integridad de los pacientes⁽¹⁰⁾. Nuestro estudio busca: 1) describir la relevancia asignada por los médicos a la práctica de las recomendaciones Choosing Wisely de la prevención cuaternaria, 2) explorar la influencia que tienen los conocimientos médicos en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y en el Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) y 3) describir las barreras y facilitadores para la práctica de la prevención cuaternaria desde la perspectiva de los médicos del primer nivel de atención.

EL ESTUDIO

Se realizó un estudio de métodos mixtos. Primero se aplicó una encuesta a 133 médicos de atención primaria y después se realizaron entrevistas semiestructuradas a 20 médicos del primer nivel de atención. Los participantes firmaron consentimientos informados para cada fase.

Selección de participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo

intencionado. El estudio se realizó entre los médicos del primer nivel de atención de la Red Prestacional Rebagliati de la Seguridad Social en Lima Metropolitana. Se excluyeron los médicos que trabajan más del 50% del tiempo en el servicio de urgencias.

Encuesta

Del total de 152 médicos que laboraban en el primer nivel de atención en el 2018. Se consideró un 85% de médicos, con un 95% de intervalo de confianza y un 5% de margen de error, y se obtuvo un tamaño de muestra final de 148 participantes. La encuesta se realizó desde enero hasta julio del año 2018⁽¹¹⁾. La encuesta cuenta con 16 ítems, fue elaborado en español y está dividida en 3 secciones: 1) Datos demográficos, 2) Evaluación de la relevancia y aplicabilidad de las recomendaciones del Choosing Wisely y 3) Descripción de los aspectos que favorecen o son barreras en una práctica orientada hacia la prevención cuaternaria.

Entrevistas Semiestructuradas

Se realizaron entrevistas semiestructuradas desde enero a julio del año 2019. Los participantes fueron contactados vía telefónica. Las entrevistas duraron en promedio 50 minutos. Las entrevistas fueron anónimas, se audio grabaron y se transcribieron textualmente en español. Las entrevistas se complementaron con observaciones y narraciones textuales de los participantes. No se experimentaron dificultades en el reclutamiento de participantes. Se realizaron entrevistas hasta que se obtuvo densidad y riqueza en las descripciones de la experiencia.

Análisis de datos

Análisis cuantitativos

Además de la descripción de frecuencias y porcentajes, se intentó identificar tendencias y posibles asociaciones que podrían influir en posteriores investigaciones para lo cual se utilizó el programa Stata V16. Se exploró la asociación entre conocimientos en MBE y en MCCP y la actitud respecto a la prevención cuaternaria en los participantes. Adicionalmente se hizo subanálisis entre los diferentes médicos, evaluando la misma asociación. Para ello se emplearon regresiones de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas con intervalos de confianza al 95% (IC 95%) incluyendo sexo, edad, años laborales, y cantidad de pacientes atendidos por día como potenciales variables confusoras.

Análisis cualitativo

Se abordaron las realidades que viven los médicos para el análisis de los transcritos⁽¹²⁾. Los transcritos fueron codificados en duplicado (SC y NE). Se usó la escritura dinámica de memos y análisis de mapeo durante la fase de análisis. A lo largo del análisis, se realizó comparación constante en la precisión, la coherencia y la congruencia de las dimensiones emergentes. Este proceso continuó hasta que el total de entrevistas fueron codificadas. Un tercer investigador revisó la codificación y el análisis para asegurar la confiabilidad de los datos. Después de completar el análisis, los investigadores se reunieron para elaborar los temas generales y seleccionar citas representativas.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética

para Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 520-24-15 así como del Comité de Ética de la Red Prestacional Rebagliati Carta 017-CE-HIISA-RDR-Essalud 2017.

HALLAZGOS

Análisis Cuantitativo

La encuesta fue completada por 133 (87,5%) del total de médicos de la red. Las características sociodemográficas se describen en la tabla 1. 32 médicos reportaron haber recibido entrenamiento en Método Clínico Centrado en la persona, 66 médicos refirieron haber recibido entrenamiento en MBE y 99 de los encuestados reportó tener un entendimiento bueno o muy bueno de la prevención cuaternaria. Así mismo, 85 médicos consideraban poco probable o muy poco probable la posibilidad de realizar sobrediagnóstico o sobretratamiento en la práctica clínica, 120 médicos consideraban muy o extremadamente importante la práctica de la prevención cuaternaria y 132 manifestaron que era importante desarrollar recomendaciones de prevención cuaternaria en el Perú. El 59,4% de los médicos encuestados refirieron que las recomendaciones Choosing Wisely son completamente relevantes o muy relevantes y 44,3% dijeron que estas eran aplicables a la clínica.

MBE Medicina Basada en Evidencia; RCL Revisión crítica de la literatura; MCCP Método Clínico Centrado en el paciente; TDC: Toma de decisiones compartidas.

Nuestro análisis encontró que aquellos médicos que habían recibido capacitación en MBE, MCCP y en las recomendaciones Choosing Wisely presentaron una mayor proporción de encontrar completamente relevantes o muy relevantes las recomendaciones (tabla 2). Los médicos encuestados refirieron que las principales barreras para la aplicación de la prevención cuaternaria en su práctica asistencial eran el miedo a problemas legales N=60 (45,8%), seguida de la falta de educación médica continua 35 (26,7%) (tabla 3).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Componente Cuantitativo	N = 133	
	X ± DE/ n (%)	
Edad	43,1 ± 9,8	
Cantidad de años de trabajo	8,8 ± 7,6	
Número de pacientes que atienden por día	25,0 ± 9,2	
Sexo		
Masculino	65,0% (48,9)	
Femenino	68,0% (51,1)	
Grupo profesional		
Médico general	65,0% (48,9)	
Médico familiar	52,0% (39,1)	
Médico internista	16,0% (12,0)	
Componente cualitativo	N=20	
	n (%)	
Sexo		
Femenino	14 (70)	
Masculino	6 (30)	
Tipo de especialista		
Médico Familiar	11 (55)	
Médico Internista	3 (15)	
Médico General	6 (30)	
Lugar de trabajo		
Policlínico Essalud	11 (55)	
Policlínico APP	3 (15)	
Centros Médicos	6 (30)	

Tabla 2. Capacitación y relevancia percibida de las recomendaciones Choosing Wisely.

Capacitaciones recibidas	Relevancia percibida hacia las recomendaciones Choosing Wisely	
	No Relevante n=54	Relevante n=79
	n (%)	n(%)
Capacitación en MBE y RCL		
No capacitado	15 (45)	18(55)
Capacitado	39 (39)	61(61)
Capacitación en MCCP y TDC		
No capacitado	33 (50)	33(50)
Capacitado	21(31)	46 (69)

Tabla 3. Percepción de médicos de barreras para la aplicación de prevención cuaternaria en atención primaria.

Barreras percibidas	N = 113	
	n (%)	
Miedo a problemas legales	60 (45,8)	
Falta de educación médica continua	35 (26,7)	
Expectativas de los pacientes	20 (15,3)	
Poco soporte político	10 (7,6)	
Otros	6 (4,6)	

El análisis cualitativo de las entrevistas transcritas identificó 2 temas: barreras hacia la práctica de la prevención cuaternaria y factores favorables a su práctica. Se entrevistaron a un total de 20 médicos, de los cuales 70% fueron mujeres, 55% médicos de familia y 55% trabajaban en un policlínico (tabla 1). Las citas representativas se encuentran presentadas en detalle en la tabla 4.

1. Barreras para la práctica de la prevención cuaternaria

Los participantes enumeraron diferentes factores que juegan un rol contra la aplicación exitosa de la prevención cuaternaria en el primer nivel de atención. Los médicos familiares mencionaron que la prevención cuaternaria es un concepto “de manejo de la especialidad” (Cita 1) y que genera la manera diferenciada de proceder en el cuidado de los pacientes a fin de prevenir el sobrediagnóstico y el sobretratamiento (Cita 2). Sin embargo, resaltan la importancia de hacer este concepto extensivo a las otras especialidades médicas por el bien de los pacientes (Cita 1).

Algunas decisiones sanitarias de los pacientes son mencionadas por los entrevistados, la compra libre de medicamentos (cita 3) que favorece la automedicación de los pacientes y el fácil acceso a medicación innecesaria, (cita 4 y 5), la influencia de la publicidad, internet o de las redes sociales, que incrementa la mala información en los pacientes (cita 6, 7, 8 y 9). En la población existe el concepto de “es mejor prevenir” y esto se asocia a los pedidos durante la consulta (cita 10) y la decepción de los pacientes cuando no obtienen el examen o el tratamiento que esperaban, es decir cuando las expectativas que tenían no son cumplidas (cita 11). Otro factor se relaciona con la satisfacción del paciente, los pacientes consideran “bueno” al profesional si este le

Tabla 4. Citas representativas del análisis cualitativo.

Barreras para la practica de la prevencion cuaternaria	
Conceptos exclusivos	<p>1. “La prevención cuaternaria yo creo que es algo que manejamos más los médicos de familia, ¿no? Este... y que debería hacerse extensivo a todas las especialidades porque se trata de evitar los excesos, no darle al paciente las medidas innecesarias y darle lo pertinente, lo que corresponde.” (Medico familiar)</p> <p>2. “Los médicos de familia y medicina comunitaria son conscientes de los riesgos de sobrediagnóstico y sobretratamiento, y tienen una manera distinta de proceder; sin embargo, los médicos con formación hospitalaria tienen otra forma de proceder y pueden incurrir en sobretratamiento en el sistema de atención primaria”. (Medico familiar)</p>
Mal uso de recursos	<p>3. “Esto empieza con la venta libre de medicamentos en las farmacias.” (Medico general)</p> <p>4. “La automedicación es un problema muy grave, muchas personas dice “me recetaron en la farmacia”, hace hincapié que en la farmacia no se receta, sino que se vende.” (Medico familiar)</p> <p>5. “Los pacientes jóvenes son más susceptibles a la automedicación porque no cuentan con mucho tiempo para sacar y acudir a las citas porque se cruzan con sus horarios de trabajos.” (Medico general)</p> <p>6. “La publicidad también influye en el uso de vitaminas (por ejemplo, Ensure), hormonas en mujeres postmenopáusicas. Mamografías a partir de los 30 años porque escuchan la publicidad sobre cáncer de mamas. Las pruebas de PCA, las piden sin tener síntomas o molestias.” (Medico familiar)</p> <p>7. “Las clínicas o “pseudo clínicas” que reparten volantes prometiendo chequeos a los pacientes que no son necesarios solo para cobrarles excesivamente.” (Medico general)</p> <p>8. “Los adultos mayores y adultos están más sujetos al sobre análisis por redes, escuchan a amigos, conocidos, algún familiar médico que les insinúa preguntar por alguna medicación o análisis.” (Medico familiar)</p> <p>9. “Es difícil cambiar las costumbres y creencias de lo que ya el paciente escuchó por ahí y, además, tanto acceso a internet que los pacientes que vienen acá sí leen, si investigan.” (Medico general)</p>
Expectativas del paciente y familia	<p>10. “La idea de “es mejor prevenir” es algo que interviene en los pedidos de medicación, suplementos o análisis”. (Medico familiar)</p> <p>11. “Mientras que el impacto en los pacientes es un poco de desilusión, suelen creer que los médicos no les quieren dar algo que consideran bueno”. (Medico familiar)</p> <p>12. “Te decía que esto es un poco de ir en contra de la corriente. Mientras más exámenes les pides, mientras más fármacos les des, sienten que eres un mejor médico (cita): ay, no. Me pidió de todo”. Incluso hay personas que le preguntan si no tienen equipo médico (“maquinitas”) que les escanean el cuerpo”. (Medico familiar)</p> <p>13. “Los adultos mayores suelen oponerse un poco más, “son difíciles, ellos tienen su chip ahí guardado de lo que les dijeron que tenían que tomar”. (Medico internista)</p> <p>14. “Los adultos mayores costumbres médicas pues “son muy aferrados. Esta es mi pastilla, esto es lo que siempre me dan, y no quieren dejar de tomarlo”. (Medico familiar)</p> <p>15. “Cuesta un poco hacerlo, como digo ya, por la misma experiencia que trae el paciente”. Esto suele suceder con los exámenes de PCA, mamografías (muchas personas quieren hacerse estas pruebas anualmente y antes de la edad de riesgo), o medicamentos. En este último caso, los pacientes suelen estar a la defensiva porque algunos llevan medicados años”. (Medico familiar)</p> <p>16. “no es un esquema fácil de romper cuando llegan pacientes que provienen clínicas y piden estos exámenes mencionando que sus médicos regulares les han recomendado seguir con estos exámenes todos los años”. (Medico familiar)</p> <p>17. “Incluso cuando dejamos de darle, el paciente reclama a la familia... a veces esos reclamos no los hace en consulta, lo hace en la casa”. (Medico familiar)</p> <p>18. “Una de las barreras más grandes es “no tener una coordinación con otras redes de salud, si”... no tener un sistema único de salud, falta de comunicación entre especialistas que ven a un mismo paciente”. (Medico familiar)</p> <p>19. “Los principales problemas consecuencias de las políticas de salud es la falta de sensibilidad con la población. Esto influye directamente en la atención que se brinda. Hacen falta clínicas, policlínicos, formación de profesionales de salud porque los profesionales que se encuentran en el mercado no se dan abasto para la demanda de salud de la población; consecuencia de ello es el limitado tiempo de consulta que tienen para cada paciente, pero muchos pacientes requieren más tiempo que el asignado”. (Medico general)</p> <p>20. “Sistema coordinado, pero que es muy difícil en la práctica médica, pues llegan muchos pacientes con una orden innecesaria de otro especialista que les atendió en práctica particular u otro centro medico”. (Medico familiar)</p>
Falta de continuidad de cuidado	<p>21. “Otra barrera la constituye la falta de continuidad en la relación médico - paciente. Esto puede generar un stress en el paciente o que se encuentre con opiniones distintas dadas por distintos médicos de la misma especialidad”. (Medico familiar)</p> <p>22. “Es el sistema de salud el que da la cita y no necesariamente regresan contigo”. (Medico familiar)</p> <p>23. “Tenemos los problemas ya inherentes en la institución. La no facilidad de citas, esa es la barrera; porque si tengo un paciente que quiere regresar ya para ver sus resultados, es una gran barrera... a esto se le suma que solo tenemos 12 minutos por paciente”. (Medico internista)</p>
Facilitadores para la practica de la prevencion cuaternaria	
La continuidad en la relacion medico paciente	<p>24. “Un gran aliado de esto es la continuidad, y cuando el paciente va donde otro médico, corta esa dinámica cuando les da una receta o una orden para un examen. “eso un poco corta. Es una barrera. Quizás, alguien más que no lo ha visto en el aspecto que a veces nosotros evaluamos; el aspecto familiar, psicosocial... como digo, a veces es más fácil hacer un papel que convencer al paciente”. (Medico familiar)</p> <p>25. “Hay que explorar la idea del paciente, no hay que juzgarlo. Quiere algo más, está muy preocupado. Hay que preguntarle y orientarlo, si él tiene el dinero, irá afuera y se sacará el examen; pero hay que orientarlo en cuál es la pertinencia o no”. (Medico familiar)</p> <p>26. “Paciente fidelizado” es aquella persona que lo busca a través de los años en consulta. Esto puede ser visto como un punto favorable porque son pacientes con los que se mantiene continuidad”. (Medico familiar)</p>
Habilidades de comunicacion	<p>27. “La herramienta fundamental de un médico familiar es la entrevista. Después de esto, la mayoría de los pacientes entienden y no se van exigiendo un tratamiento”. (Medico familiar)</p> <p>28. “La entrevista y se apoya en medio visuales; por ejemplo, dibujos, maquetas, pizarra o internet. Se busca llegar a que cada paciente conozca el estado de su salud y que sean conscientes que muchos exámenes o medicinas pueden dañar su salud en lugar de mejorarlas”. (Medico familiar)</p>
Educacion profesional continua	<p>29. “En el macro es trabajar en el nivel educativo de la población ..brindar informacion sobre cultura médica y prevención...Y a nivel micro, ya dentro de los centros, nos ayuda el mensaje que dejamos en el consultorio, pero el trabajar en grupos focalizados ayuda mucho más; es decir, hacer ciertos talleres o mensajes ... Cuanto más personas sepan que no necesariamente cuanto más pastillas o más medicamentos va a percibir o va a tener mejor salud”. (Medico familiar)</p> <p>30. “Se pueden causar muchos daños, muchos efectos adversos, complicaciones cuando uno ejerce sin tener los debidos criterios. Lógicamente, se supone que el medico debe estar debidamente capacitado, y en eso va de la mano lo que es las políticas de salud publicas”. (Medico general)</p>

da exámenes y tratamientos que pueden estar no indicados (cita 12). Los adultos mayores son presentados como población de riesgo para intervenciones sanitarias innecesarias, son descritos como pacientes difíciles (cita 13), “muy aferrados” a las costumbres médicas (cita 14) lo que genera que sean reacios a los cambios en el tratamiento (cita 15 y 16). Los médicos mencionan incluso casos en los que los familiares son los que son reacios a los cambios en el tratamiento (cita 17).

Finalmente, los entrevistados describieron falencias en el sistema en el que laboran, faltando continuidad de cuidado a los pacientes (cita 18) y la falta de acceso a la salud (cita 19). Así mismo las descoordinaciones entre la práctica hospitalaria y privada y la práctica en el primer nivel de Essalud genera discordancia de abordajes (cita 20). Otra falla frecuente del sistema es la falta de organización con un cupo (panel de asegurados) bajo responsabilidad de los profesionales y continuidad, los participantes describieron que esto representa una barrera para el desarrollo de la relación médico paciente, esto generaría que el paciente se exponga a diferentes opiniones profesionales (cita 21). Los médicos refieren que este es un “problema difícil” e inherente de las instituciones y el sistema de salud asociado principalmente a la falta de tiempo para realizar un cuidado de calidad. (cita 22 y 23).

2. Facilitadores para la práctica de la prevención cuaternaria

Los médicos describieron facilitadores para la práctica de la prevención cuaternaria. El primer elemento descrito es el desarrollo de la relación médico paciente, como elemento que favorece fortalecer la confianza y el intercambio de información (cita 24). Así mismo, favorece la exploración de aspectos de la vida del paciente no siempre indagados, como es el aspecto familiar (cita 25). Un médico definió al “paciente fidelizado” que es el paciente que recibe cuidado siempre del mismo médico lo cual es favorable para el paciente (cita 26). Así mismo, los médicos refieren que la buena comunicación es otra arma en favor de la prevención cuaternaria. Desarrollar habilidades adecuadas de comunicación permite fortalecer relaciones con los pacientes, compartir conocimientos y evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento (cita 27 y 28). Finalmente, el factor educativo también fue presentado como la necesidad de criterios que orienten la prevención de la población a nivel macro y micro, como un factor protector y como un deber en los profesionales de salud (cita 29 y 30).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio describimos la relevancia que los médicos del primer nivel de atención les dan a las prácticas de prevención cuaternaria. Así mismo, presentamos las barreras y facilitadores que estos perciben hacia la práctica de la prevención cuaternaria.

La mayoría de encuestados refirió que la práctica de la prevención cuaternaria era muy o extremadamente importante en su contexto laboral, sin embargo, la brecha

entre la importancia y la aplicabilidad de P4 en la práctica diaria en el primer nivel de atención reportada en nuestro estudio fue más marcada que la encontrada por la autora en médicos de familia de la seguridad social, en el cual los valores se encuentran entre 70 y 97%⁽¹¹⁾. Es posible que haber incluido diferentes perfiles profesionales en este estudio explique esta diferencia. Los médicos de familia durante su formación son introducidos a la conceptualización y práctica de la prevención cuaternaria; la cual está incluida además en revistas de la especialidad y de la sociedad mundial de médicos de familia⁽¹³⁾; lo cual probablemente no ocurre en la formación de medicina interna o de los médicos generales que no realizan entrenamiento de posgrado.

Nuestros entrevistados refirieron que las recomendaciones de Choosing wisely no abordan aspectos como, las presiones de tiempo en el encuentro clínico o el temor a litigios⁽¹⁴⁾. Esto coincide con un estudio realizado en Canadá, en el cual los médicos reportaron que estas recomendaciones se centran en hacer frente a las demandas de atención médica innecesaria de los pacientes durante el encuentro clínico; y para reducir costos en lugar de mejorar la atención al paciente⁽¹⁴⁾.

La medicina basada en la evidencia rige como paradigma para decisiones clínicas, pero su conocimiento o el entrenamiento en ella, no necesariamente llevan a una práctica que evite el daño⁽¹⁵⁾. La creación de la prevención cuaternaria como acción para evitar intervenciones innecesarias, toma como pilar el enfoque centrado en la persona para la toma de decisiones⁽¹⁶⁾. En nuestro estudio se evidenció que los médicos que encontraban relevantes las recomendaciones de la práctica de Choosing Wisely tenían mayor capacitación en medicina basada en la evidencia, aunque esta asociación no llegó a ser significativa.

En la encuesta encontramos que la relevancia percibida de recomendaciones Choosing Wisely, no se relaciona con evitar el daño durante la práctica clínica. Así mismo, los médicos reportaron que la principal barrera para la práctica de la prevención cuaternaria son los problemas médico legales, sin embargo, en las entrevistas a profundidad este factor no fue mencionado. El estudio presentado por Embett y Randall, en el cual estudiaron las perspectivas sobre Choosing Wisely en Canadá, los problemas medicolegales fueron consignados como factores que pueden llevar al no cumplimiento de las recomendaciones, coincidiendo este con nuestro estudio⁽¹⁴⁾.

Una barrera identificada dentro del sistema de salud en nuestro estudio fue el tiempo de consulta; en Essalud el tiempo que se asigna a una consulta es de 12,5 min por paciente, independientemente del motivo de consulta. A nivel mundial es común la percepción tanto de los profesionales de salud como de los pacientes acerca de la brevedad del tiempo de consulta, lo cual puede llevar a un ciclo de insatisfacción-tensión-ansiedad en médicos y pacientes⁽¹⁷⁾. Es posible que una práctica que evite el daño requiera un tiempo más prolongado en los encuentros con los pacientes, que el tiempo que realmente dedicaron los médicos que participaron en este estudio. Conocer el punto de vista de un pequeño grupo de médicos nos ayudará a conocer aspectos que influyen en la toma de decisiones que van más allá de la falta de conocimiento o actualización. La

complejidad del encuentro médico paciente, las circunstancias que lo definen y la práctica de la P4, son influenciadas por las características del sistema donde practican los médicos⁽¹⁸⁾.

Este estudio fue realizado sólo en Lima y en un subsistema, la Seguridad Social, lo cual significa una limitación importante en el entendimiento de las barreras y facilitadores de la práctica de prevención cuaternaria. Ya que la práctica clínica y realidad social varía entre los diferentes niveles de atención en salud. Es posible que las barreras y facilitadores para una práctica que evite el daño puedan variar de alguna forma en otros subsistemas como el privado o el del Ministerio de Salud. Estudios que involucren a profesionales de diferentes subsectores y regiones son necesarios a futuro, dada la segmentación y fragmentación del sistema sanitario peruano y las diferencias culturales, la carga de enfermedad y el nivel socioeconómico de las personas a las que se atienden en diferentes regiones del país.

La muestra fue pequeña lo que influyó para que los subanálisis realizados para la asociación de variables de la encuesta tuvieran suficiente poder. Sin embargo, creemos que pueden servir como base para investigaciones con diseños específicos para buscar asociación. En la entrevista profundidad se tuvo un mayor número de médicos de familia con respecto a médicos generales e internistas, lo que puede significar que su formación tiene influencia en sus percepciones, aunque al analizarlas no se encontraron diferencias de contenido.

Futuras investigaciones deberían medir la magnitud de las prácticas sanitarias innecesarias, buscar identificar las intervenciones sanitarias que con mayor frecuencia pueden ocasionar daño y medir su impacto no solo en la salud de las personas, familias y comunidades. En esta misma línea, es necesario identificar cómo los profesionales sanitarios realizan o dejan de realizar prácticas sanitarias.

Los médicos de la Red Rebagliati, asignan importancia a la práctica de la prevención cuaternaria, con menor percepción de la relevancia y aplicabilidad asignada a recomendaciones específicas como las de Choosing Wisely. Asimismo, identifican como barreras o facilitadores de acciones para evitar daño, a las características de la organización del sistema sanitario, expectativas de los pacientes y de sus habilidades de comunicación y entrenamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moncada A, Cuba MS. Cuba. Toma de decisiones clínicas en atención primaria. *Revista médica herediana*. 2013;24(4):319. doi: 10.20453/rmh.v24i4.278
- Gapanenko K, Lam D, Parker M, D'Silva J, Johnson T. Unnecessary Care in Canada. *Healthc Q*. 2017;20(3):10-11. doi: 10.12927/hcq.2017.25295.
- Camacho J, Moral E, Jiménez De Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*[Internet]. 2012 [Citado el 28 de marzo del 2022];8(6):312. Disponible en: https://fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/11_0.pdf
- Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: low-value services, utilization, and patient cost sharing. *JAMA*. 2012;308(16):1635-6. doi: 10.1001/jama.2012.13616
- Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):106-111. doi: 10.1080/13814788.2017
- Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011;171(15):1385-90. doi: 10.1001/archinternmed.2011.231.
- Brotos F, Cerecedo J, González A, Lázaro M, León F, Lobos J. Recomendaciones No Hacer [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2014 [citado 28 de marzo del 2022]. Disponible en: <http://www.semefyc.es/es/componentes/ficheros/descarga.php?MTlyMzQ%3D>
- Gérvás J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006;9(1):147-9. doi: 10.1590/S1415-790X2006000100019
- Gérvás J, Pérez M. Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el «síndrome del barquero» y «el síndrome del gato. *Medicina Clínica*. 2005;124(20):778-781. doi: 10.1157/13075848
- Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *British Journal of General Practice*. 2018;69(678):28-9. doi: 10.3399/bjgp19X700517
- Cuba Fuentes MS, Zegarra Zamalloa CO, Reichert S, Gill D. Attitudes, perceptions and awareness concerning quaternary prevention among family doctors working in the Social Security System, Peru: a cross-sectional descriptive study. *Medwave*. 2016;16(3):e6433. doi: 10.5867/medwave.2016.03.6433.
- Copenhaver, R., Thomas Reid on acquired perception. *Pacific Philosophical Quarterly* 2010;91(3):285 - 312. doi:10.1111/j.1468-0114.2010.01368.x
- WONCA. Special interest group: quaternary prevention & overmedicalization [Internet]. Brussels: World Organization of Family Doctors; 2016 [cited 2021 July 22]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/specialinterestgroups/quaternaryprevention.aspx>
- Embrett M, Randall GE. Physician perspectives on Choosing Wisely Canada as an approach to reduce unnecessary medical care: a qualitative study. *Health Research Policy and Systems*. 2018;16(1). doi: 10.1186/s12961-018-0370-5
- Calvo O, Cayuela Domínguez, Aurelio. Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2022;76(2):115-20. doi: 10.1590/S1135-57272002000200005
- Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(2):61-4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24.
- Rodríguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patiño D. Medical consultation, time and duration. *Medwave*. 2018;18(5):e7266. doi: 10.5867/medwave.2018.05.7264.
- Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad [Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society]. *Aten Primaria*. 2018;50 Suppl 2 (Suppl 2):86-95. doi:10.1016/j.aprim.2018.08.004.