



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**PERCEPCIONES DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL HACIA LA
PREVENCIÓN CUATERNARIA EN LIMA PERÚ**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTORA EN MEDICINA**

María Sofía Cuba Fuentes

LIMA - PERÚ

2021

ASESORA

DRA. IRMA ESPERANZA REYES SOLARI

JURADO DE TESIS

DR. LUIS MANUEL CARAVEDO REYES

PRESIDENTE

DRA. ANA JESÚS AGUILAR ANGELETTI

VOCAL

DRA. PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA

VOCAL

DR. CESAR AUGUSTO UGARTE GIL

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mamá Mary y papá Braulio por siempre inspirarme

A Leo, por alentarme, acompañarme en mi camino y hacerlo suyo

A Emi y Cami por su ternura y comprensión

A Marc Jamuelle padre de la Prevención Cuaternaria

AGRADECIMIENTOS.

A Angelith Barrantes, Angélica Irigoyen, Rafael Dominguez y Pavel Contreras

por su apoyo en diferentes etapas de la investigación

A La Dra Esperanza Reyes por aceptarme a la mitad del camino y

acompañarme hasta el final

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	9
MARCO TEORICO.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	21
OBJETIVOS.....	24
METODOLOGÍA.....	25
ASPECTOS ÉTICOS.....	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
ANEXOS	

RESUMEN

La prevención cuaternaria es la acción tomada para identificar a los pacientes en riesgo de sobreatamiento, protegerlos de una innecesaria nueva acción sanitaria y sugerir intervenciones que son éticamente aceptables.

El objetivo de este estudio fue describir las percepciones sobre barreras y facilitadores de la práctica de prevención cuaternaria en los médicos que trabajan en los establecimientos de salud de la Red Prestacional Rebagliati del primer nivel de la Seguridad Social en Lima Metropolitana, Perú, en el año 2018.

Se realizó un estudio descriptivo mixto, que utilizó la triangulación metodológica Cuantitativa-Cualitativa. Para el componente cuantitativo se realizó una encuesta a todos los médicos establecimientos del primer nivel de atención de la Red Rebagliati para medir qué importancia le asignaban a la práctica de la prevención cuaternaria y la relevancia de las recomendaciones Choosing Wisely (escogiendo sabiamente); en el componente cualitativo se utilizó el enfoque fenomenológico buscando reconstruir cómo se ha vivido la experiencia, interpretada por los propios actores respecto a las barreras y facilitadores de la práctica de la prevención cuaternaria

Resultados: La mayor parte de entrevistados consideraban importante la práctica de la prevención cuaternaria (94%) y relevantes las recomendaciones Choosing Wisely (59.4%). En las entrevistas a profundidad, los médicos manifestaron que existía posibilidad de causar daño con la práctica médica e identificaron barreras para la prevención cuaternaria al sistema sanitario, a las condiciones socio sanitarias del paciente y al desgaste profesional; identificaron como facilitadores sus habilidades de comunicación y a la actualización permanente para la toma de decisiones clínicas

PALABRAS CLAVES

PREVENCIÓN CUATERNARIA, ATENCIÓN PRIMARIA, SOBREDIAGNÓSTICO, SOBREATAMIENTO

ABSTRACT

Quaternary prevention is the action taken to identify patients at risk of overtreatment, protect them from unnecessary new health actions, and suggest ethically acceptable interventions.

The objective of this study is to describe the perceptions of actions that are drivers or barriers for the practice of quaternary prevention, in Primary care doctors of Rebagliati Health network at Social Security in Lima, Peru, on 2018.

We carried out a mixed cross sectional study, using the Quantitative-Qualitative methodological triangulation. For the quantitative component, we conducted a survey among all primary care physicians of Rebagliati health Network. We measure the importance they assigned to the practice of quaternary prevention and relevance of Choosing Wisely recommendations (choosing wisely); We used a phenomenological approach in the qualitative component, seeking to reconstruct how the experience has been lived, interpreted by the actors themselves regarding the barriers and facilitators of the practice of quaternary prevention.

Results: Most of the interviewees considered the practice of quaternary prevention important (94%) and consider relevant the Choosing Wisely recommendations (59.4%). In the in-depth interviews, the doctors stated that there was a possibility of causing harm with medical practice and identified barriers for quaternary prevention in the health system, the socio-health conditions of the patient and professional burnout; they identified as facilitators of quaternary prevention practice their communication skills and their permanent updating for clinical decision making

KEY WORDS

QUATERNARY PREVENTION, PRIMARY CARE, OVERDIAGNOSIS, OVERTREATMENT

INTRODUCCIÓN

El cambio es una constante y la medicina ha cambiado sus paradigmas constantemente desde sus inicios, respondiendo a influencias científicas, tecnológicas y sociales(1).

El cambio en los paradigmas genera un cambio en la práctica de la medicina; dice Iona Heath en su libro ayudar a morir que las personas que se perciben enfermas, buscan en el médico a alguien que pueda responder preguntas como ¿Estoy enfermo?, ¿Me puedo curar?, ¿Se puede aliviar mi sufrimiento?, ¿Por qué me pasó esto?, ¿Qué me pasará ahora? ¿Moriré? (2).

La medicina científica en el último siglo, se ha centrado en la enfermedad y la cura; sin embargo, con mayor frecuencia las personas, las familias y la sociedad buscan un nuevo contrato: ¿Puedo prevenir enfermarme? ¿Puedo estar siempre saludable? ¿Puedo prolongar mi existencia libre de enfermedad y sufrimiento? (2)

El desarrollo de métodos de diagnóstico y el descubrimiento de nuevas formas de tratar enfermedades ha llevado a que las causas de muerte por enfermedades infecciosas en los niños o las muertes maternas sean menos comunes en muchos países, los cambios en la esperanza de vida en la mayoría de países del mundo han sido notables (3)

Según el informe estadístico de la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida en las Américas aumentó de 73 a 76 años entre el 2000 y el 2019. (3)

Esto ha significado un viraje en el patrón de enfermedades. Las principales causas actuales de mortalidad son las enfermedades crónicas que representan el 60% de las muertes anuales. Esto ha hecho que muchos de los actos sanitarios empiecen a ser de acompañamiento y control (4).

A raíz del informe Dawson de 1920, los sistemas sanitarios en el mundo han tendido a organizarse en tres niveles; asignándose al primer nivel de atención el rol curativo de los problemas frecuentes y el rol preventivo(5)

Los médicos que trabajan en el primer nivel de atención, se enfrentan constantemente a situaciones de incertidumbre y diariamente realizan diagnósticos, hacen elecciones de exámenes y tratamientos y toman decisiones que impactan en la vida de las personas.(6)

Los avances tecnológicos se incorporan a la práctica habitual por mecanismos no siempre rigurosos, con influencia de factores económicos, sociales y culturales. Algunas intervenciones sanitarias no aportan mayor beneficio y pueden resultar perjudiciales (7).

La medicina basada en evidencias (MBE) definida por Sackett como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes”(8), debería ser la base para una práctica

médica en la que disminuyan las intervenciones innecesarias que tienen potencial de causar daño.

Ivan Illich exponía en su libro *Némesis médica*, ya hace más de 40 años, que la medicina ha rebasado sus límites tolerables y produce más daños clínicos que beneficios, enmascaraba las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y expropiaba el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente (9)

La Prevención Cuaternaria como forma de práctica, promueve cambios en la provisión de cuidados, sustentándose en aspectos éticos y filosóficos centrales en el ejercicio de la medicina. (10)

Aspectos subjetivos como la percepción de barreras y los facilitadores para mejoras en el sistema sanitario y la prevención de prácticas innecesarias son mejor estudiados desde la metodología cualitativa que ayuda a dar voz a los actores sanitarios y pacientes; nos proporcionar su punto de vista, sus saberes y los significados de las formas como practican la medicina y otras disciplinas sanitarias. (11)

Las nuevas condiciones de salud de la población, la incertidumbre en la toma de decisiones clínicas en la práctica en el primer nivel de atención, la tendencia a sobremedicalizar, sobrediagnosticar, sobretratar, hacen más necesaria una práctica

basada en evidencia y centrada en las personas, con acciones que tiendan a disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias.

Conocer a profundidad y desde sus actores las barreras o facilitadores de una práctica que evite el daño; puede ser un paso necesario para generar políticas sanitarias hacia la prevención cuaternaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Berwick, podremos mejorar la atención sanitaria en una población si nos concentramos en alcanzar la triple meta de salud: mejora de indicadores sanitarios, disminución de costos y mejora de la experiencia de los usuarios con énfasis en la calidad y la satisfacción (12).

Desde la gestión clínica existen estrategias que buscan la mejora de la calidad; como la normalización de productos y servicios (Normas ISO), el establecimiento de estándares de buena práctica clínica, asistencial y gestora (Modelo de la Joint Commission) y la gestión de la calidad que establece que una institución debe gestionar bien sus recursos (humanos y materiales), planificar y ejecutar sus procesos, sin olvidar el impacto de la organización en el medio ambiente (físico y social)(13). Todas estas estrategias tienen en común el poner a los pacientes al centro y buscar disminuir la posibilidad de daño.

Se estima que cerca al 30% de las intervenciones sanitarias de países desarrollados, no ofrecen valor clínico a los pacientes, los tamizajes innecesarios pueden llevar a hallazgos no relevantes que generan nuevos exámenes, medicación innecesaria y ansiedad en los pacientes y sus familias; la organización sanitaria y los servicios de salud pueden ver disminuidos los recursos para intervenciones que podrían tener un impacto positivo a nivel individual y colectivo (14,15).

Del mismo modo, en países de ingresos medios y bajos se llevan a cabo intervenciones clínicas excesivas.

Un ejemplo es el caso de las cesáreas. Un estudio a partir de datos de 169 países, encontró que, entre los años 2000 y 2015, el número de partos por cesárea pasó de 12,1% a 21,1%, siendo 10 veces más frecuente esta situación en Latinoamérica y El Caribe (44,3%), con el extremo de República Dominicana en 58,1% (16).

Otro ejemplo es el uso extendido e innecesario de antibióticos en caso de diarrea aguda en lugar de la rehidratación oral con la cual se obtendrían mejores resultados en salud (17).

En países en vías de desarrollo se reporta la prescripción de antibióticos de modo innecesario en 42%-47% y hospitalizaciones innecesarias en un 34% (18).

En Perú, el sistema sanitario se caracteriza por la fragmentación y segmentación en el financiamiento y en la provisión de servicios de salud, lo que conduce a que, entre subsistemas, se presenten diferencias en la práctica médica (19).

Los usuarios del Seguro Social de Salud (EsSalud), con mayor frecuencia, presentan multimorbilidad, acceso limitado al sistema sanitario; pero a la vez mayor acceso a fármacos, tecnologías sanitarias y atenciones especializadas en comparación con los usuarios de otros subsistemas públicos. (19)

Este contexto puede llevar con mayor frecuencia a la realización de intervenciones clínicas excesivas, las cuales se presentan en todos los niveles de atención de salud.

Aunque algunos de los atributos del primer nivel de atención como la accesibilidad, longitudinalidad, la evaluación del contexto familiar y comunitario en la toma de decisiones, el mejor manejo de la incertidumbre y la menor exposición y acceso a tecnología sanitaria de alto costo, podrían hacer pensar que es un espacio donde es menos frecuente causar daño por intervenciones innecesarias, el sobrediagnóstico, y sobretratamiento son frecuentes (20).

Por ello, acciones que intenten disminuir la posibilidad de realizar intervenciones innecesarias desde lo sanitario son necesarias también en el primer nivel de atención.

La Prevención Cuaternaria es definida como “el conjunto de acciones implementadas para identificar a un paciente o a una población en riesgo de medicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos y/o cuidados éticamente aceptables”(21)

El concepto nació en 1986 cuando Marc Jamouille, médico familiar Belga, a partir del modelo lineal de Leavell y Clark combinó en un mismo esquema conceptual, a la línea del tiempo de la prevención, con la dimensión relacional (persona-médico) (22).

(Figura 1)

En el modelo lineal, se emprenden acciones que pretenden evitar la aparición de la enfermedad, interrumpir su avance y mitigar sus secuelas cuando se han

manifestado; teniendo una estrecha relación con las etapas de la historia natural de la enfermedad. (22)

La Prevención Cuaternaria, busca abordar el continuo de las intervenciones sanitarias teniendo en cuenta que el paciente requiere un entendimiento de su dolencia. (22)

Los factores que determinan que un profesional de salud evite realizar intervenciones sanitarias que tienen potencial de causar daño, están influidos por procesos subjetivos, relacionados a la forma como el médico adquiere, interpreta y organiza su pensamiento y con la percepción sobre el contexto en el que se realiza la práctica médica. (23)

Las acciones sanitarias que desarrollan los profesionales de salud, ponen en juego, no solo sus propias competencias y habilidades, sino que están sujetas a las características de las estructuras físicas en que se desenvuelven, a los recursos que utilizan, así como a las políticas que las norman. Además, las experiencias pasadas y su comprensión forman parte del telón de fondo de significados que los profesionales de salud le dan al proceso salud y enfermedad. Estas percepciones están impregnadas de procesos sociales, culturales, políticos y económicos complejos(24)

La búsqueda de una práctica médica en la que no se ejerza daño y se proteja a los pacientes de los excesos de intervenciones sanitarias innecesarias o dañinas

requerirá de un mayor entendimiento de los factores que determinan la práctica profesional, poniendo énfasis en aspectos subjetivos como las percepciones sobre las barreras o facilitadores que tienen los profesionales sanitarios en general y los que practican en el primer nivel de atención. (25).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las percepciones sobre factores que facilitan o que son barreras y dificultan la práctica de la prevención cuaternaria en los médicos de atención primaria en la Red Prestacional Rebagliati de la Seguridad Social en Lima Metropolitana en el 2018?

MARCO TEÓRICO

A continuación, conceptualizaremos los puntos clave de nuestra investigación; empezando por describir como las acciones innecesarias, relacionadas con la preocupación o miedo a enfermar llevan a la definición de **Prevención cuaternaria**, las **iniciativas internacionales** que existen contra estas intervenciones innecesarias en el ámbito sanitario, incluyendo la iniciativa **Choosing Wisely**, revisaremos como la **Medicina Basada en Evidencia** y la **iatrogenia** están relacionadas con las acciones de prevención cuaternaria, conceptualizaremos **el método clínico centrado en el paciente**, justicaremos el uso de **la fenomenología** como metodología cualitativa para abordar las percepciones en salud y haremos una descripción del **primer nivel de atención en subsistema del Seguro Social (Essalud)** y la Red donde se realizó la investigación.

1. La Prevención Cuaternaria

Cuando el paciente siente y considera que sus problemas de salud no han sido abordados, suele consultar a más de un médico o profesional de salud. Los médicos usualmente no coordinan entre ellos el cuidado o las indicaciones diagnósticas y terapéuticas lo que trae como consecuencia que el paciente pueda ser sobrediagnosticado y sobretratado (25,26).

Las prácticas preventivas han demostrado beneficios para la salud de la población. Un ejemplo son las vacunas que han resultado en una disminución de la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles (27).

Así como hay intervenciones beneficiosas, en el continuo del cuidado sanitario desde la prevención, la promoción de salud, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación pueden existir intervenciones innecesarias que incluso pueden llevar a daños en las personas que las reciben.

La prevención cuaternaria, definida en la sección planteamiento del problema de este documento; puede ser entendida como una estrategia dirigida a disminuir la iatrogenia, a evitar intervenciones innecesarias y a paliar los efectos adversos de las intervenciones innecesarias. En otras palabras, “*Primum non nocere*” de los principios de práctica ética (28).

La prevención cuaternaria busca evitar la práctica de intervenciones que pueden generar daño, promueve evitar actividades preventivas innecesarias (vacunas o

tratamientos “profilácticos” que no tienen demostrada eficacia), diagnósticas, terapéuticas o recuperativas. Podemos decir, citando a Marc Jamouille, que "la prevención cuaternaria es una manera de entender y cuestionar los límites de la obra del médico" (29).

Las pruebas innecesarias, tratamientos y procedimientos que no suelen agregar valor a la atención, pueden causar daño. Éstas a su vez, llevan a más pruebas para investigar los falsos positivos, lo que contribuye al estrés y a costos evitables para los pacientes. Además, la presión sobre los recursos del sistema de salud aumentan (30).

Es importante recordar la ley de cuidados inversos. Enunciada por Julian Tudor Hart; en la que se plantea que usualmente usan más recursos en salud y reciben más atención los que menos la necesitan. (31)

Es probable que las personas con más acceso a servicios de salud tengan una mayor exposición a posibles daños y que los recursos destinados a estos, como tamizajes en personas de bajo riesgo, repercutan en los recursos que se podrían destinar a las personas que tienen menor acceso y más necesidades sentidas de salud.

2. Iniciativas internacionales de prevención cuaternaria

Durante años, numerosas sociedades científicas han publicado directrices sobre las mejores prácticas para los problemas que enfrentan en la atención médica en el día a día.

El impacto de estas directrices depende de la organización que publica las recomendaciones y el nivel de evidencia relacionada. Estas recomendaciones se han centrado, principalmente, en los procedimientos a seguir más que en las pruebas y tratamientos que deben evitarse.

En el 2012, algunas organizaciones científicas médicas, incluyendo a la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP); fueron convocadas para elegir cinco pruebas o tratamientos que sean prácticas comunes dentro de sus áreas de experiencia y que, además, fueran cuestionables por no estar basadas en evidencia o por su posibilidad de causar daño (32)

Las cinco primeras recomendaciones fueron: evitar tomar radiografía de columna lumbar en pacientes con lumbalgia mecánica inespecífica de menos de seis semanas de evolución, evitar dar antibióticos en infecciones respiratorias altas de origen viral, no usar densitometría con tamizaje en mujeres menores de 65 años u hombres menores de 70 sin factores de riesgo, no hacer electrocardiogramas de rutina como chequeo, no hacer papanicolau en mujeres menores de 21 o hysterectomizadas. (33)

Hasta el 2019, la AAFP ha identificado 18 recomendaciones de la práctica diaria en el ámbito ambulatorio y dos en revisión; estas se muestran en la figura 2

En el Reino Unido, el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia en Atención (NICE), en el proceso de desarrollo de sus directrices, identificó algunas prácticas clínicas no recomendadas y lanzó la iniciativa "No lo hagas".

La iniciativa buscaba cuestionar las razones por las que no deberían recomendarse, ya sea porque no había beneficio o que la relación riesgo-beneficio era poco clara o no había suficiente evidencia para aconsejar su uso rutinario. (34).

El Ministerio de Sanidad de España puso en marcha en abril de 2013 el proyecto denominado “Compromiso con la Calidad de Sociedades Científicas”. Este proyecto forma parte de las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y tenía como objetivo reducir las intervenciones innecesarias, definidas como aquellas que no han demostrado ser eficaces, tienen dudosa eficacia o no son rentables. Un total de 12 sociedades científicas propusieron recomendaciones acerca de "no hacer" determinados procedimientos. Posteriormente, se unieron a esta iniciativa 39 sociedades médicas más (35).

En Canadá, una campaña similar “Choosing Wisely” (Escogiendo sabiamente) fue lanzada el 2 de abril de 2014 (36). Se inició con el objetivo de reducir el gasto innecesario en salud, lo que está relacionado con la sostenibilidad de la asistencia sanitaria. El propósito era hacer posible su aplicación entre médicos y pacientes para tomar decisiones efectivas que garanticen una atención de alta calidad (37).

Inicialmente, se solicitó a las sociedades científicas nacionales canadienses, que participaran en desarrollar una lista de "cinco cosas que los médicos y los pacientes deben cuestionar". Algunas sociedades científicas como la Sociedad de Médicos de

familia y comunidad , sociedad de pediatría y de medicina interna, desarrollaron más de cinco recomendaciones en los últimos años, siguiendo cuatro principios para desarrollar sus recomendaciones (38):

- El proceso de desarrollo debe estar bien documentado y disponible al público
- Cada recomendación debe pertenecer al ámbito de la especialidad de la práctica
- Los exámenes, tratamientos o procedimientos incluidos deben ser aquellos que (a) se utilizan con frecuencia, y, (b) pueden exponer a los pacientes a daños o estrés.
- Cada recomendación debe estar apoyada por la evidencia.

El valor de las recomendaciones “Choosing Wisely” (Escogiendo sabiamente) representa el consenso de las sociedades profesionales de médicos acerca de que muchas de las intervenciones sanitarias podrían ser de bajo valor, y proporciona poco o ningún beneficio para la mayoría de los pacientes (39,40). Las prácticas sanitarias innecesarias pueden ser un punto de confluencia o discrepancia entre profesionales sanitarios, pacientes y decisores políticos (41).

Esta mayor conciencia desde la academia de la posibilidad de realizar intervenciones innecesarias, ha dado lugar también a que se formulen propuestas de solución para contener este problema.

De este modo, Pathirana y otros investigadores en Australia revisaron las publicaciones sobre causas y respuestas al sobrediagnóstico e identificaron factores que influyen y propuestas para controlar estos factores.

Los factores causales y potenciales alternativas de solución se organizaron en cinco dominios interrelacionados: cultura, sistema de salud, industria y tecnología, profesionales sanitarios, pacientes y sociedad. La intención común de las medidas de solución propuestas fue prevenir el daño, reducir las secuelas y redirigir los recursos para tratar y prevenir necesidades insatisfechas en la atención de salud (42). (Figura 3)

3. Medicina Basada en evidencia (MBE), Iatrogenia y Prevención cuaternaria

Se considera iatrogenia a los efectos colaterales y riesgos asociados con las intervenciones médicas (43).

La creciente capacidad de la medicina para producir iatrogenia por intervenciones innecesarias debería ser contrarrestada por la práctica de la MBE, entendida como la integración de la mejor evidencia disponible con la experticia clínica y los valores, preferencias y circunstancias únicas del paciente (44).

Los médicos a pesar de la evidencia, siguen recomendando intervenciones terapéuticas que no aportan mayor beneficio y que pueden resultar perjudiciales

como el uso de oseltamivir en influenza (45), la recomendación de examen pélvico bimanual para todas las mujeres o el uso de Calcio y otros suplementos en personas adultas mayores (46).

Algunos estudios sociológicos en médicos reportan que estos, prefieren actuar, aunque su intervención tenga pocas posibilidades de éxito, frente a mantenerse a la expectativa (47).

La MBE debe ser tomada como una herramienta para la práctica de la prevención cuaternaria. Esta se puede aplicar de forma diversa: desde el encuentro médico paciente, propiciando la toma de decisiones compartidas; la gestión de los servicios para evitar prácticas innecesarias, hasta campañas de comunicación a las personas sobre el beneficio de ciertos tamizajes y las consecuencias de los tratamientos.

Las acciones de prevención cuaternaria, basadas en la mejor evidencia, pueden generar un impacto positivo en la forma como se provee el cuidado sanitario. Para poder implementarlas es necesario utilizar las mejores estrategias según el escenario de práctica. (48)

El primer nivel de atención tiene características asociadas a sus profesionales y a su ámbito de práctica que difieren de los escenarios hospitalarios y de alta especialización tanto en el entendimiento y aplicación de la MBE, como en las intervenciones sanitarias que con mayor frecuencia ocasionan daño.

4. Método clínico centrado en el paciente (MCCP)

Se puede considerar que un sistema se centra en las personas/pacientes cuando

1) Sus profesionales exploran en los encuentros con la población a su cargo todos los problemas de salud junto con las expectativas, sentimientos ideas y alteración de la función que estos producen, además se intenta conocer los valores y significados de la salud de los ciudadano, 2) la persona/paciente es abordada teniendo en cuenta su contexto familiar y social, 3) los problemas de salud, las metas del cuidado y los roles entre cuidador y ciudadano son decididos en conjunto y 4) los profesionales salud y los ciudadanos desarrollan un vínculo de cuidado continuo a través de las interacciones sanitarias que se requieran (49)

La aplicación del MCCP y la toma de decisiones compartidas disminuyen la posibilidad de intervenciones sanitarias innecesarias, ya que aleja a los profesionales sanitarios y los pacientes del paradigma de la medicina centrada en la enfermedad , generando intervenciones sanitarias en las que el ciudadano pueda sentir que los profesionales de salud se centran en ellos como personas; que se esfuercen por conocer su contexto, que puedan compadecerse y solidarse con su sufrimiento y que tomen decisiones compartidas (50)

Una de las claves para la práctica de la prevención cuaternaria y el desarrollo de un primer nivel de atención fuerte debe ser que los profesionales que se desempeñan en él; provean cuidados integrales, científicamente fundados, con continuidad en el tiempo y humanizados; es decir practiquen un modelo de cuidado centrado en la persona. (51)

5. El primer nivel de atención en el Seguro Social de Salud (EsSalud)

EsSalud es una de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud del Perú, que además administra redes prestacionales propias y cobertura al 30% de los peruanos (52). Según el análisis de situación de salud (ASIS), este subsistema (EsSalud) cuenta con 311 instituciones prestadoras de servicios de salud en su primer nivel de atención, que corresponde al 78% de su oferta de establecimientos de salud. (Figura 4)

A diferencia de los establecimientos de la red del Ministerio de Salud, los del primer nivel de atención de EsSalud en su mayoría cuentan con laboratorio clínico o puntos de toma de muestra, servicios de imagenología y petitorio farmacológico mucho más amplio. En la Seguridad Social del Perú cada hora se realizan 2385 consultas ambulatorias y más de la mitad corresponden al primer nivel de atención (53).

En Lima, EsSalud cuenta con 52 establecimientos de salud del primer nivel de atención (entre policlínicos, centros de atención primaria y centros médicos). La Red Prestacional Rebagliati tiene 15 centros de atención primaria y tres hospitales con población adscrita, distribuidos en los distritos de Jesús María, Surco, Chorrillos, Miraflores, San Isidro, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo, Lince, Barranco, Magdalena del Mar, Lurín y Mala. Para el 2016, en estos establecimientos laboraban 231 médicos y 152 realizaban consulta ambulatoria como actividad principal. (54)

Los médicos que laboran en el primer nivel de atención, tienen la capacidad de determinar a través de sus decisiones e indicaciones sanitarias el destino de buena parte de los gastos sanitarios: los exámenes auxiliares que deben realizarse, la prescripción de medicación, las interconsultas que deben hacerse, emitiendo certificados de incapacidad temporal que generan subsidio y otras indicaciones terapéuticas. (55)

6. Percepciones en salud y fenomenología

Según Reid existen dos tipos de percepciones, la percepción original y la adquirida; esta última se basa en experiencias pasadas relacionadas íntimamente con el contexto. (56).

Lavrakas define la percepción como “un proceso subjetivo de adquirir, interpretar y organizar información sensorial”. La evaluación de la percepción, a diferencia de

la del conocimiento, tiene como objetivo identificar los procesos que subyacen en la forma en que los individuos adquieren, interpretan, organizan su pensamiento (57)

Los significados que pacientes y profesionales de salud le dan al proceso salud y enfermedad, están impregnados de procesos sociales, culturales, políticos y económicos complejos, basados en sus percepciones. (24)

Estudios más complejos como la caracterización de intervenciones innecesarias de profesional de salud, requerirían profundizarse a través de observaciones de campo y las narrativas que sobre estas interacciones proveen tanto médicos como pacientes.

Las percepciones pueden ser abordadas desde el enfoque fenomenológico. Este enfoque busca reconstruir cómo se ha vivido la experiencia, interpretada por los propios actores. Se sustenta en la filosofía de Edmund Husserl (58), sobre cuál es el sentido de la experiencia, posteriormente asumida por las ciencias sociales, fundamentalmente por Alfred Schutz y Thomas Luckman (59 y 60).

Este último ya había publicado en 1967 conjuntamente con Peter L. Berger *La construcción social de la realidad*. En esta obra van postular que las personas construyen la realidad social y es tarea de la sociología y antropología «analizar los procesos por los cuales se produce». (61)

Los fenómenos que se dan en la realidad existen y son independientes de nuestra voluntad, por lo que es tarea del conocimiento develar las características específicas de estos fenómenos. (61)

El enfoque fenomenológico de investigación se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso o práctica, desde la perspectiva del sujeto; asumiendo el análisis de aspectos subjetivos y complejos de la vida humana. (62)

La fenomenología permite la exploración de las percepciones a través de la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad y la toma de conciencia y los significados en torno a un fenómeno, acción o práctica. (63)

Las percepciones de los profesionales de salud pueden ser influidas por factores involuntarios que pueden interferir (ser barreras) o facilitar determinados comportamientos sanitarios (64); la fenomenología puede ser el instrumento para la exploración de percepciones que orientan prácticas en salud.

JUSTIFICACIÓN

El Perú, requiere una reforma del sector salud, entre los lineamientos y medidas para su implementación; se han establecido algunos puntos que demandan la ejecución de políticas nacionales e iniciativas relacionadas prevención cuaternaria en el sistema sanitario.

Se requiere potenciar estrategias de intervención en salud pública y las de medidas de prevención cuaternaria; mejorar las estrategias orientadas al ciclo de vida y segmentos de la población que, debido a sus particularidades, requieren enfoques individualizados de cuidado de la salud disminuyendo la realización de exámenes o tratamientos innecesarios, dentro del enfoque de la Medicina basada en la evidencia.

Enfocar mejor la prevención cuaternaria podría fortalecer la atención primaria de salud creando en el primer nivel de atención una cultura de toma de decisiones basadas en la calidad y eficiencia, con las mejores prácticas clínicas disponibles y con un enfoque individualizado.

La práctica de la prevención cuaternaria podría ayudar a la eficiencia del sistema de salud, ofreciendo recursos preventivos, de tratamiento y de rehabilitación que hayan demostrado su utilidad en la población objetivo, maximizando el uso de recursos disponibles, sin dejar de lado el enfoque humano de la salud, y fortaleciendo la relación médico paciente.

Para que las políticas puedan implementarse de manera adecuada debemos conocer el contexto en el que serán aplicadas y en el caso de la prevención cuaternaria que se asocia a las prácticas de los profesionales de la salud, es absolutamente necesario conocer las percepciones sobre los facilitadores y barreras para una práctica que evite el daño y la iatrogenia.

Los resultados de un estudio sobre prevención cuaternaria se podrán compartir con los principales actores del sistema de salud y esperamos servirán de punto de partida para iniciativas como búsqueda de toma de decisiones compartidas con los pacientes, mejor distribución de recurso, así como el rediseño y fortalecimiento de mejores prácticas en el primer nivel de atención

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir las percepciones de acciones que facilitan o que dificultan la práctica de la prevención cuaternaria, en los médicos que trabajan en los establecimientos de salud de la Red Prestacional Rebagliati del primer nivel de la Seguridad Social en Lima Metropolitana, Perú, en el año 2018.

Objetivos Específicos

1. Describir las características socio demográficas y de capacitación de los médicos del primer nivel de atención de EsSalud
2. Determinar la relevancia asignada por los médicos a la práctica de las recomendaciones Choosing Wisely (Escogiendo sabiamente) de la prevención cuaternaria
3. Explorar la asociación entre entrenamiento en MBE y Método clínico centrado en el paciente respecto a la relevancia asignada a la prevención cuaternaria en los médicos participantes
4. Describir aspectos que favorecen o son barreras en una práctica orientada hacia la prevención cuaternaria, desde las percepciones de los médicos.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo mixto, que utiliza la triangulación metodológica Cuantitativa-Cualitativa. La triangulación comprende el uso de dos o más técnicas de recolección de información de manera de que los datos ofrezcan diferentes miradas de los entrevistados acerca de la problemática.

Se utilizó la encuesta de percepciones de prevención cuaternaria aplicada y validada en el 2015 en médicos de familia de la Red Prestacional Rebagliati por la autora (Ver Anexo 2).

Esta encuesta recogía datos demográficos, laborales, de entrenamiento en revisión crítica de la literatura y MBE, entrenamiento en MCCP y toma de decisiones compartidas y utilizaba 10 recomendaciones Choosing Wisely Canada para evaluar la relevancia asignada con una escala de calificación de cuatro categorías, además se preguntaba sobre la aplicabilidad en la práctica asistencial de cada una de las recomendaciones

Para hacer entrega de la encuesta, se contactó a los médicos durante las horas asignadas como horas administrativas, entregando el consentimiento informado, el cual firmaron se procedió entregarles una copia.

La persona a cargo de las encuestas las entregaba y recolectaba en el mismo día.

Seis meses después, se realizaron entrevistas a profundidad a veinte de los médicos que realizaron la encuesta previamente.

Se utilizó el enfoque fenomenológico por medio del cual nos acercamos a conocer situaciones vividas y encuentros con otros en la vida cotidiana. Las percepciones acerca de cómo se viven esas interrelaciones con nuestros entornos constituyen narrativas que a través del lenguaje comunican los significados que representan para el personal de salud entrevistado por medio de entrevistas a profundidad .

Con las entrevistas se ahondaron los resultados obtenidos a través de una encuesta cuantitativa auto administrada

COMPONENTE CUANTITATIVO

Población

Médicos de atención primaria de la Red Prestacional Rebagliati - EsSalud en Lima, Perú

Criterios de inclusión:

Médicos generales, especialistas en medicina interna y especialistas en medicina familiar que trabajaban en los centros ambulatorios de atención primaria de salud de la Red Rebagliati de Lima Perú, por lo menos un año durante el año 2018.

La Red Rebagliati fue escogida por conveniencia, por ser la red donde labora la investigadora.

Criterios de exclusión:

Dado que las preguntas están relacionadas a la práctica ambulatoria se excluyeron a los médicos que reportaron (a la entrega de la encuesta) que pasaban más de 50% de sus actividades en servicios de urgencias.

Tamaño de muestra:

Se ofreció la encuesta al universo de médicos (152) que trabajaban en la Red Rebagliati de acuerdo al reporte estadístico institucional, atendiendo adultos en consulta ambulatoria de establecimientos del primer nivel de atención o puerta de entrada al sistema en el 2018 y que reportaron antes de la entrega de la encuesta que más del 50% de su tiempo atendían consulta ambulatoria.

Variables:

En el cuadro 1 se resumen las variables recogidas a través de la encuesta.

Cuadro No.1		
Matriz de recolección de datos cuantitativos		
Objetivos Específicos	Dimensiones de análisis	Variables
Contextualizar las características socio-laborales de los médicos del primer nivel de atención de EsSalud	Sociodemográficas Capacitación	Sexo Edad tiempo de trabajo en el establecimiento especialidad Lugar de trabajo Número de pacientes que atiende por día Entrenamiento en método clínico centrada en la persona Entrenamiento MBE y revisión crítica de la literatura
Determinar la relevancia asignada por los médicos a la práctica de las recomendaciones Choosing Wisely (Escogiendo sabiamente) de la prevención cuaternaria	Relevancia de recomendaciones Choosing Wisely (Escogiendo sabiamente)	Estimación de la relevancia de las recomendaciones Choosing Wisely (Escogiendo sabiamente) a través de una escala de calificación de las 10 recomendaciones con cuatro categorías - Estimación de la aplicabilidad de las recomendaciones Choosing Wisely (Escogiendo sabiamente) a través de una escala de calificación de las 10 recomendaciones con tres categorías
Describir aspectos que favorecen o son barreras en una práctica orientada hacia la prevención cuaternaria	Cognitiva Sobre diagnóstico y sobre tratamiento Barreras	Nivel de comprensión prevención cuaternaria Posibilidad de realizar sobrediagnóstico y sobretratamiento en su práctica Tipos de barreras para la práctica de prevención cuaternaria

Métodos estadísticos:

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 haber sido capacitado en MBE y haber sido capacitado en Método clínico Centrado en el paciente (MCCP) respecto a la actitud frente a la prevención cuaternaria en los médicos participantes.

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%) incluyéndose sexo, edad, años laborales, y cantidad de pacientes atendidos por día como potenciales variables confusoras.

Adicionalmente se realizaron subanálisis para evaluar asociación entre haber sido capacitado en MBE y MCCP respecto a la actitud frente a la prevención cuaternaria en cada uno de los grupos de profesionales médicos (generales, de familia e internistas). Para ello se emplearon regresiones de Poisson con varianza robusta para estimar razones de prevalencia ajustadas por las variables confusoras descritas.

COMPONENTE CUALITATIVO

Para aproximarnos los aspectos que favorecen o son barreras en una práctica orientada hacia la prevención cuaternaria se utilizó un diseño fenomenológico y la entrevista semiestructurada como instrumento.

Se invitó médicos del primer nivel de atención de diferentes establecimientos de la Red prestacional Rebagliati que ya habían participado en la encuesta cuantitativa, estos fueron seleccionados desde contactos personales de la autora y consultados telefónicamente sobre la posibilidad de participar en una entrevista semiestructurada

Las dimensiones de análisis y el contenido que se plasmaron en la entrevista semiestructurada para la exploración de las barreras y facilitadores de la práctica de la prevención cuaternaria se detallan en el Cuadro N°2

Cuadro N° 2	
Matriz de recolección de datos cualitativos	
Dimensiones de Análisis	Contenido
Causar daño	Posibilidad de causar daño desde la práctica médica
Aspectos que dificultan o favorecen práctica cuaternaria	Barreras y facilitadores de la práctica cuaternaria
Evitar sobrediagnóstico, sobretratamiento y daño.	Estrategias para evitarlas Estrategias para evitar intervenciones innecesarias

Se decidió que, en concordancia con el número de entrevistados para la encuesta, la entrevista debería incluir a participantes que se diferenciaron en términos del tiempo que ejercieron su práctica en el primer nivel, género, tipo de especialidad y tipo de establecimiento donde laboraban; se realizaron entrevistas hasta que se observó saturación.

Antes de la entrevista, los médicos recibieron el consentimiento informado, el cual firmaron y se entregó una copia de este.

Se realizaron entrevistas a profundidad usando una guía de entrevista semiestructurada (Ver anexo 3). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente, el análisis de los datos se realizó mediante codificación abierta, no hubo abandonos.

Recolección de datos

La guía de la entrevista fue sometida a una prueba piloto con tres médicos, después de la cual se amplió y ajustó incorporando más preguntas de respaldo y sugerencias. Con el fin de reducir los efectos negativos de la conveniencia social, las preguntas de la entrevista comenzaron con las observaciones de sus prácticas cotidianas y posteriormente se solicitó una narración sobre su experiencia como médico(a).

Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma entrevistadora, cara a cara, en el lugar de trabajo de los médicos del primer nivel de atención. Tuvieron una duración promedio de 50 minutos, se grabaron en audio y se transcribieron literalmente en castellano.

Procesamiento

Se codificaron las transcripciones de forma secuencial. En primer lugar, examinamos nuestros datos buscando precisar los contenidos de las dimensiones propuestas, incluyendo otros subtemas emergentes de las narrativas para finalmente constituir las dimensiones en categorías que daban coherencia a la interpretación de los contenidos descritos.

La investigadora principal y la antropóloga encargada de realizar las entrevistas desarrollaron por separado un esfuerzo de revisión de las narrativas para introducir un orden, estructura temática y significado a los datos recogidos con codificación abierta, estableciendo acuerdos acerca de las relaciones de las dimensiones y su construcción como categorías de análisis. No se requirió el uso de un software para este proceso, ni para la codificación y análisis.

Para la codificación ayudó el relacionar las dimensiones de análisis basadas en los contenidos de los temas -condiciones y razonamientos sobre causalidad, contexto, estrategias y consecuencias intermedias- para obtener una comprensión más profunda de la práctica cuaternaria. A lo largo del análisis, el método de comparación constante mejoró la precisión, la coherencia y la congruencia de las dimensiones emergentes y sus relaciones.

Se continuó este proceso iterativo hasta que se logró la saturación teórica de información y las respuestas fueron redundantes. Esto condujo a una clasificación integrada de categorías relacionadas a la práctica de Prevención cuaternaria conducentes a evitar intervenciones médicas innecesarias.

Aspectos Éticos

Los participantes de la encuesta y la entrevista semiestructurada firmaron consentimientos informados para cada una y se les entregó una copia de esta

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-Essalud2017.

RESULTADOS

Análisis Cuantitativo

La recopilación de la información cuantitativa a través de encuesta autoadministrada incluyó la participación de 133 (87.5%) médicos de los 152 a los que se les invitó a participar en el estudio. Entre ellos se evaluaron sus características sociodemográficas, profesionales, y las creencias, actitudes y relevancia percibida respecto a la prevención cuaternaria en el primer nivel de atención.

1. Características sociodemográficas

Respecto a las características sociodemográficas de los médicos participantes el 39% fueron médicos de familia; la media de edad fue de 43 años.

El resto de las características sociodemográficas se describen en el Tabla 1.

Tabla N°1.

Características sociodemográficas y especialidad.

Características sociodemográficas	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)

2. Características Profesionales

Se evaluó información sobre los conocimientos, capacitaciones y prácticas relacionadas a la prevención cuaternaria y aspectos relacionados en los médicos encuestados y se describen en la Tabla 2.

Cuando se les preguntó si recibieron entrenamiento en Método Clínico Centrado en la Persona 32 (24%) de los encuestados reportó haberlo recibido, mientras tanto 66 de ellos (49.6%) refirió haber recibido entrenamiento en revisión crítica de la literatura y Medicina Basada en Evidencia.

El 99 (74.4%) de los encuestados reportó tener un entendimiento bueno o muy bueno de Prevención Cuaternaria.

Cuando se les consultó sobre la posibilidad de realizar sobrediagnóstico o sobretratamiento en su práctica, el 85 (63.9%) lo consideraba poco probable o muy poco probable

Tabla N°2.

Capacitación y situación frente a la prevención cuaternaria en profesionales médicos.

Características respecto a la prevención cuaternaria	N = 133
	n (%)
Capacitación en MCCP y TDC	
Si	32 (24.1)
No	101 (75.9)
Capacitación en RCL y MBE	
Si	66 (49.6)
No	67 (50.4)
Entendimiento sobre Prevención Cuaternaria	
No lo entiendo	8 (6.0)
Lo entiendo muy poco	26 (19.6)
Lo entiendo adecuadamente	68 (51.1)
Lo entiendo muy bien	31 (23.3)
Posibilidad de Sobre diagnóstico y/o sobre tratamiento	
Muy probable	8 (6.0)
Algo probable	40 (30.1)
Poco probable	67 (50.4)
Muy poco probable	18 (13.5)

MCCP: Método clínico centrado en el paciente

TDC: Toma de decisiones compartidas

MBE: Medicina Basada en Evidencia

RCL: Revisión Crítica de la Literatura

3. Actitudes sobre Prevención Cuaternaria

Respecto a las actitudes sobre Prevención Cuaternaria 120 (94%) de los médicos encuestados consideraba muy o extremadamente importante la práctica de la prevención cuaternaria y el 132 (99%) manifestó que era importante desarrollar recomendaciones de prevención cuaternaria en el Perú. (Tabla 3)

Tabla N°3. Actitudes respecto a la prevención cuaternaria en profesionales médicos.

Actitudes frente a la Prevención Cuaternaria	N = 133			
	Nada importante	Poco importante	Muy importante	Extremadamente importante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Importancia de la práctica de la Prevención Cuaternaria en el contexto de su trabajo	3 (2.3)	6 (4.5)	97 (72.9)	27 (20.3)
Importancia de disponer de recomendaciones específicas en el Perú sobre Prevención cuaternaria.(*)	0 (0.0)	1 (0.8)	82 (61.7)	50 (37.6)

(*) Incluye: evitar el riesgo de sobre tratamiento, proteger a los pacientes de los procedimientos médicos innecesarios o aplicar intervenciones que sean éticamente aceptables.

4. Relevancia y aplicabilidad percibida de las recomendaciones de Choosing Wisely (Escogiendo sabiamente)

Cuando se preguntó sobre las recomendaciones *Choosing Wisely* (Escogiendo sabiamente) 59.4% de los médicos encuestados refirieron que les resultaron completamente relevantes o muy relevantes las 10 recomendaciones.

Mientras que 44.3% dijeron que estas eran aplicables a su práctica asistencial.

La relevancia y aplicabilidad percibida sobre cada una de las recomendaciones de la encuesta *Choosing Wisely* se describen en la tabla 4 y 5 respectivamente.

Tabla N°4. Relevancia percibida sobre la realización de actividades de prevención cuaternaria en profesionales médicos.

¿Cree usted que las siguientes recomendaciones son relevantes para un médico de atención primaria en el Perú?	Completamente Relevante	Muy Relevante	Poco Relevante	Nada relevante
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 No solicitar exámenes radiográficos rutinariamente a pacientes con dolor de espalda baja, con menos de 6 semanas de dolor. (N=133)	85 (63.9)	41 (30.8)	3 (2.3)	4 (3.0)
2 No usar antibióticos para infecciones del tracto que parecen virales (N=133)	64 (48.1)	52 (39.1)	16 (12.0)	1 (0.8)
3 No solicitar tamizaje de PAP a mujeres menores de 21 años de edad o más de 69 años de edad(N=133)	64 (48.1)	54 (40.6)	13 (9.8)	2 (1.5)
4 No solicitar tamizajes a través de radiografías y electrocardiogramas a pacientes asintomáticos o con bajo riesgo. (N=133)	50 (37.6)	60 (45.1)	16 (12.0)	7 (5.3)
5 No solicitar chequeos sanguíneos anuales independientemente del perfil de riesgo del paciente (N=132)	49 (37.1)	41 (31.1)	35 (26.5)	7 (5.3)
6 No solicitar el tamizaje de mamografía a mujeres entre los 40 y 49 años de edad (N=131)	52 (39.7)	49 (37.4)	25 (19.1)	5 (3.8)
7 No realizar exámenes físicos anuales en adultos asintomáticos sin factores de riesgo significativos (N=75)	18 (24.0)	26 (34.7)	21 (28.0)	10 (13.3)
8 No solicitar Densitometría Ósea para la detección de osteoporosis en mujeres menores de 65 años o en varones menores de 70 años. (N=133)	61 (45.9)	46 (34.6)	18 (13.5)	8 (6.0)
9 Evitar el auto -monitoreo en pacientes diabéticos que no requieran insulina (N=133)	57 (42.9)	41 (30.8)	26 (19.6)	9 (6.8)
10 No solicitar pruebas de función tiroidea en pacientes asintomáticos (N=133)	62 (46.6)	53 (39.9)	14 (10.5)	4 (3.0)

Tabla N°5.

Aplicabilidad de actividades de prevención cuaternaria en profesionales médicos.

¿Cree usted que las siguientes recomendaciones son aplicables de cara a las expectativas de los pacientes que atiende en la seguridad social?	Si n (%)	No n (%)	No opina n (%)
1 No solicitar exámenes radiográficos rutinariamente a pacientes con dolor de espalda baja, con menos de 6 semanas de dolor. (N=131)	84 (63.6)	45 (34.1)	2 (1.5)
2 No usar antibióticos para infecciones del tracto que parecen virales. (N=133)	110 (82.7)	22 (16.5)	1 (0.8)
3 No solicitar tamizaje de PAP a mujeres menores de 21 años de edad o más de 69 años de edad. (N=133)	101 (75.9)	32 (24.1)	0 (0.0)
4 No solicitar tamizajes a través de radiografías y electrocardiogramas a pacientes asintomáticos o con bajo riesgo. (N=133)	82 (61.7)	46 (34.6)	5 (3.8)
5 No solicitar chequeos sanguíneos anuales independientemente del perfil de riesgo del paciente. (N=132)	59 (44.7)	71 (53.8)	2 (1.5)
6 No solicitar el tamizaje de mamografía a mujeres entre los 40 y 49 años de edad. (N=132)	63 (47.7)	68 (51.5)	1 (0.8)
7 No realizar exámenes físicos anuales en adultos asintomáticos sin factores de riesgo significativos (N=100)	45 (45.0)	53 (53.0)	2 (2.0)
8 No solicitar Densitometría Ósea para la detección de osteoporosis en mujeres menores de 65 años o en varones menores de 70 años. (N=133)	87 (65.4)	43 (32.3)	3 (2.3)
9 Evitar el auto -monitoreo en pacientes diabéticos que no requieran insulina. (N=131)	85 (64.9)	41 (31.3)	5 (3.8)
10 No solicitar pruebas de función tiroidea en pacientes asintomáticos.(N=133)	90 (67.7)	38 (28.6)	5 (3.8)

Respecto a la capacitación de la MBE y revisión crítica de la literatura, MCCP y toma de decisiones compartidas y la relevancia percibida de las recomendaciones Choosing Wisely se encontró que aquellos médicos que habían recibido capacitación presentaron una mayor proporción de encontrar completamente relevantes o muy relevantes las recomendaciones; se procedió a dicotomizar las cuatro categorías considerando como relevante las categorías completamente relevante y muy relevante y como no relevante las categorías poco relevante o nada relevantes. (Tabla 6)

Tabla N°6
Capacitación y relevancia percibida de las recomendaciones Choosing Wisely

Capacitaciones recibidas	Relevancia percibida hacia las recomendaciones Choosing Wisely	
	No Relevante	Relevante
	n=54 n (%)	n=79 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)

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

5. Barreras de la prevención cuaternaria

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 60 (45.8%), seguida de la falta de educación médica continua 35 (26.7%). (Tabla 7)

Tabla N°7. 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)

Componente Cualitativo

A través de la entrevista semiestructurada se evaluó la posibilidad de causar daño desde la práctica médica; las barreras y facilitadores de la práctica cuaternaria y las estrategias que adoptaban los profesionales para evitarlas

Se entrevistaron a un total de 20 participantes, con los cuales se llegó a la saturación de la muestra.

Las características de los médicos que participaron en las entrevistas fueron que eran 70% mujeres, 55% médicos de familia y 55% trabajaban en un policlínico (Tabla 8)

Tabla N°8. Características de los médicos entrevistados. Perú, 2019.

Características	N=20
	n (%)
Años de experiencia	
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)

Categorías de análisis

6. Posibilidad de causar daño con las intervenciones médicas

La mayoría de los médicos entrevistados estaban de acuerdo con que se podía causar daño con las intervenciones sanitarias, aunque referían que no intencionalmente, explicaron una serie de elementos que conjugan la posibilidad de ejercer daño, hablaron de “sobretratamiento”, “sobrediagnóstico”, “sobremedicalización” y sobre todo los médicos familiares percibían que las exposiciones excesivas a otros especialistas pueden dar un mayor riesgo de daño.

“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”.

MF1

Algunos manifiestan que la posibilidad de causar daño puede estar relacionada a los consensos en la comunidad científica, los que pueden cambiar según los avances de los estudios y la evidencia científica. Por ende, es necesario que exista constante dialogo y actualización de los datos que usa la comunidad médica para proceder a consensuar un protocolo adecuado de tratamiento para cada caso.

“Sí (los médicos pueden causar daño), si es que no están o no manejan la información porque en medicina todo es cambiante, lo

que antes se recomendaba puede ser que los estudios te digan que ya no necesariamente es así.” MF5

Las expectativas de los pacientes como factor que puede llevar a que los médicos ocasionen daño fue referida por algunos médicos entrevistados. Estuvo relacionado a que muchas veces estas expectativas fueron generadas por prescripciones previas o medicalización de dolencias vinculadas a problemas psicosociales o al ciclo de vida, en especial al envejecimiento.

“Que comprendan (los pacientes) que hay enfermedades degenerativas, propias de la edad, que no tienen curación. La artrosis, entonces, quieren que les cure tomando tal radiografía, exigen una curación, pero un proceso que va a durar toda su vida es propio de la vida, pero quieren que les cure, muchas veces no entienden y muchas veces son pacientes que vienen solos, les explicas y no entienden, se convierte en un círculo vicioso. Hay mucho abandono, vienen solos, con sordera y no escuchan la explicación, no entienden”. MI2

Los ejemplos más comunes de posible daño en el primer nivel de atención, según los entrevistados, son: exceso de densitometrías óseas en pacientes menores de 65 años, uso indiscriminado de ciertos fármacos de venta libre como los suplementos de calcio, realización PSA en varones sin factores de riesgo, medicalización de

procesos naturales del cuerpo como la menopausia, prescripción de antibióticos para procesos virales, entre otros.

7. Barreras hacia una práctica cuaternaria

El tiempo de consulta y el poco acceso de los pacientes al primer nivel de atención de la Seguridad Social, fueron identificados como barreras para los médicos entrevistados. Estos consideran que requiere mayor tiempo atender pacientes con multimorbilidad, a los cuales se debe explicar que no requieren hacerse exámenes innecesarios o tomar medicación que puede generar efectos adversos y no beneficiosos. En EsSalud se programan 5 pacientes en cada hora de atención y en muchos establecimientos los pacientes acceden a citas programadas a los 20 días de haber requerido la atención

“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 suma que solo tenemos 12 minutos por paciente, si es un paciente nuevo hacer la historia demanda tiempo. Lo mismo si es un paciente crónico y hay que ver sus síntomas; esto choca con la expectativa del paciente de saber rápidamente qué es lo que tiene o encontrar una solución”. MII

La sobrecarga laboral relacionada a la presión de los pacientes por el acceso a la consulta médica y los tiempos insuficientes, también fueron identificados como barreras para una práctica de protección a los pacientes

“Es a veces importante no sobre cargarse. A veces se ponen montón de adicionales afuera, pero uno tiene un límite. Si nos sobrecargamos de adicionales, se reduce más el tiempo por paciente y la presión en el médico es mayor. La labor de consultorio puede ser tan estresante y ajustada que muchas veces no tengo tiempo de ir al baño”.MI1

“La mayoría de las veces no se puede negar, porque algunos pacientes son muy ancianos y lo necesitan, aunque sea sin ganas se las das (citas adicionales). La sobrecarga laboral, el agotamiento natural que esto produce, puede predisponer negativamente la atención y ánimo de los médicos para atender a los siguientes pacientes; yo mismo me doy cuenta que al final estoy contra el tiempo y tengo que acelerar las revoluciones... si veo que mi tiempo está volando y ya veo que tiene que entrar el otro colega” MI2

La complejidad de los pacientes que acuden a una consulta del primer nivel de atención, se exagera debido a que muchos problemas son de origen psicosocial, la

falta de herramientas para abordar estos problemas, es una barrera para la práctica cuaternaria

“Yo creo que es el mayor porcentaje; o sea, más del cincuenta por ciento definitivamente son pacientes psicosomáticos. Y el resto sí requiere un tratamiento, pero la mayoría de los pacientes, así, con los ojos cerrados, que vienen, en el fondo tienen un trauma personal, de repente tiene un problema de niñez que está arrastrando, un problema de repente de un desequilibrio emocional, y eso es en la mayoría de los pacientes, eso es lo que predomina.” MG6

“Creo que la salud también, en mi punto de vista, muy importante, es un problema socioeconómico y político. Yo Creo que muchas cosas mejorarían en la salud, y en otros campos, si nuestro país fuera más justo socialmente, económicamente, si hubiera mejor reparto de la riqueza” MI3

El llenado de la historia clínica informatizada fue también percibido como una barrera por el tiempo que le puede quitar a la atención que el médico debe prestar a escuchar, examinar y explicar

“El no mirar al paciente, yo pienso que es una barrera porque el paciente siente que nunca lo viste, que nunca lo miraste, que si lo

que le indicaste será para él o no. Eso para mí es una barrera informática, por decirlo así, no hay ese nexo. En esos momentos más te dedicas a escribir y muy poco te dedicas a examinarlo. Si tú le tomas la presión, si tú lo examinas, ahí se te van 10 minutos por lo menos, te quedan 2 minutos para escribir; entonces, eso también es desgastante. Muchos pacientes salen de consulta quejándose que los médicos ni los miran, ni los auscultan, e inmediatamente querrán ir a otro médico.” MG5

8. Facilitadores de una práctica cuaternaria

Lo médicos identifican que la confianza que pueden desarrollar los pacientes a lo largo del tiempo y la continuidad del cuidado pueden ser factores que faciliten un practica que intente evitar el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. El tomarse un tiempo para explorar el contexto de los pacientes y poder dar pautas de cuidado no farmacológico pueden también ser facilitadores

“Cada vez que se presenta un paciente así, busco explicar al paciente cuáles son los síntomas; por ejemplo, les explico que los riñones no duelen, a menos que se tenga piedras en los riñones y se estén eliminando. Les enseño a diferenciar dolores y a reconocer síntomas [...] A mí me gusta ser orientador, creo que con los años aprendí que conversar con ellos, orientarlos, es lo mejor que les puedo dar, es mejor que una lista de medicamentos, que se los podría dar.” MI2

DISCUSIÓN

Más del 90% de encuestados refirió que era muy importante o extremadamente importante la práctica de la prevención cuaternaria en el contexto de su trabajo, sin embargo, cuando se preguntó sobre la relevancia de recomendaciones específicas (Choosing wisely) en la práctica ambulatoria del primer nivel de atención sólo 67,6% manifestaron que encontraban relevantes estas recomendaciones y 44,6% las encontraban aplicables.

La brecha entre la importancia reportada, la relevancia de las recomendaciones específicas y su aplicabilidad en su práctica diaria fue más marcada que la encontrada por la autora en médicos de familia de la seguridad social (65), donde 97% refirió la importancia de la práctica de prevención cuaternaria, 80% encontró relevantes las mayor parte de recomendaciones y más del 70% las encontró aplicables.

Es posible que haber incluido diferentes perfiles profesionales de generalistas en este estudio explique esta diferencia.

Los médicos de familia durante su formación son introducidos a la conceptualización y práctica de la prevención cuaternaria; esta además se toca muchas veces como tema en revistas de la especialidad y la sociedad mundial de médicos de familia tiene un grupo de trabajo especial en Prevención cuaternaria

(66); lo cual probablemente no ocurre en la formación de medicina interna o de los médicos generales que no realizan entrenamiento de posgrado.

En un estudio en Canadá, los médicos reportaron que las recomendaciones Choosing Wisely se crearon para hacer frente a las demandas de atención médica innecesaria de los pacientes durante el encuentro clínico; la percepción pública de que los médicos no dan prioridad a las necesidades de los pacientes; y para reducir costos en lugar de mejorar la atención al paciente. Además, al igual que en nuestro estudio percibían que las recomendaciones, no logran abordar aspectos como las presiones de tiempo en el encuentro clínico y el temor a litigios.(67)

Se evidenció también mayor frecuencia de capacitación en MBE en los médicos que encontraban relevantes las recomendaciones de la práctica de Choosing Wisely, aunque esta no llegó a ser significativa.

La medicina basada en Evidencia rige como paradigma para decisiones clínicas, pero su conocimiento o el entrenamiento en esta, no necesariamente lleva a una homogenización de la práctica clínica. (68)

A través de las entrevistas a profundidad, los médicos reconocieron que existe la posibilidad de ocasionar daño al paciente por sobretratamiento o sobrediagnóstico e identificaron barreras y facilitadores para la práctica de prevención cuaternaria; la

relevancia percibida de recomendaciones Choosing Wisely, no necesariamente se relacionó a que practicaran evitando el daño.

En la encuesta se encontró que 45.8% de los médicos percibieron como barrera la posibilidad de problemas médico legales; en las entrevistas a profundidad este factor no fue mencionado a diferencia de estudio de perspectivas sobre Choosing Wisely Canadá de Embrett y Randall donde los problemas médico legales fueron consignados como factores que pueden llevar al no cumplimiento de las recomendaciones (67)

En la figura 4 hemos representado las tres dimensiones de factores que fueron percibidos como barreras o facilitadores por los profesionales durante la entrevista profundidad

- Sistema de salud: los tiempos de consulta cortos, el sistema informático recientemente implementado, la falta de continuidad con los pacientes, y la sobrecarga de trabajo fueron identificados como barreras.
- El paciente: sus expectativas de solución de múltiples problemas, algunos de ellos inherentes al envejecimiento o que no cuentan con un tratamiento médico idóneo; los problemas psicosociales múltiples que algunos pacientes traen también fueron identificados como barreras.
- El médico: buenas habilidades de comunicación, actualización en medicina basada en evidencia, fueron identificados como facilitadores de la práctica de la prevención cuaternaria

Pathirana T y colaboradores plantearon a través de un análisis de la literatura cinco dimensiones de las que podría depender el sobrediagnóstico y sobretratamiento (figura 2): 1) La cultura que incluye la creencia de que mientras más acciones sanitarias se realicen, mejor salud para las personas, 2) El sistema de salud en el que se incluyen los incentivos financieros a determinadas prácticas como más exámenes auxiliares realizados, 3) La industria farmacéutica que propician determinados tipos de intervenciones basadas en intereses económicos, 4) los profesionales con miedos a litigios o el exceso de confianza en exámenes de ayuda diagnóstica o intervenciones no basadas en evidencia y 5) los pacientes con falta de confianza en el sistema.(42).

Nuestro estudio coincide en tres de las dimensiones, y hemos incluido los aspectos culturales en la dimensión relacionada a la persona; Sin embargo, no encontramos que los entrevistados identifiquen la industria farmacéutica como un facilitador de sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Una característica de la práctica en el primer nivel de atención de Essalud, es la poca o nula exposición a intervenciones de la industria farmacéutica sobre el profesional tratante, existiendo una prohibición para el ingreso de visitantes médicos, además de una provisión aceptable de medicamentos en el petitorio farmacológico.

Una situación diferente a la de los asegurados del Seguro integral de Salud donde sólo 5 de cada 10 asegurados recibe la medicación que le prescriben en las farmacias de los establecimientos de salud, en la Seguridad Social esta tasa llega a ser de 9 de cada 10 (69) y cuyos médicos son expuestos diariamente a la visita de representantes de farmacéuticas en los establecimientos de salud del primer nivel y hospitales.

Una barrera identificada dentro del sistema de salud, que no se incluye en la revisión sistemática de Pathirana, es el tiempo de consulta como barrera para evitar hacer daño; sin embargo, el estudio de percepciones de Embrett y Randall si lo identifica en entrevistas profundidad en 19 médicos. (67)

En Essalud el tiempo que se asigna a una consulta es de 12.5 min por paciente, independientemente del motivo de consulta. Es decir que si se atiende a un paciente nuevo que requerirá mayor tiempo para tomar una historia clínica y entablar una relación de confianza; o si se tiene un paciente con multimorbilidad o problemas de salud mental solo se dispondrá de este tiempo.

La duración de la consulta médica, que puede ser vista como proceso social, es heterogénea a nivel mundial, sin embargo, es común la percepción tanto de los profesionales como de los pacientes que el tiempo de interacción es breve, lo cual puede llevar a un ciclo de insatisfacción-tensión-ansiedad en médicos y pacientes. (70)

Aunque autores como Judith Bell Brown encontraron que, para realizar un encuentro centrado en las personas, explorando dolencia enfermedad y salud, tomando en cuenta el contexto proximal y distal, tomando decisiones conjuntas y desarrollando relación médico paciente se requería un tiempo mínimo de nueve minutos sin tomar en cuenta aspectos administrativos de la consulta y en un entorno de sistema basado en atención primaria (71).

Victor Montori de la Clínica Mayo refiere: “una atención cuidadosa y amable hace que el sistema de atención médica responda y sea responsable ante los pacientes y los médicos. Se requieren conversaciones sin prisa; cuando estas se dan es más probable que hagan más beneficios que el daño” (72).

Es posible que una práctica que evite el daño requiere un tiempo más prolongado en los encuentros con los pacientes que a los que estaban expuestos los médicos que participaron en este estudio.

Otros autores como Kale y Korenstein, identificaron factores como el uso de tecnología de diagnóstico avanzada e incentivos financieros de diferentes tipos sobre la médica como factores que promueven las intervenciones innecesarias. (73). Estos factores no fueron identificados en nuestro estudio.

Por otro lado, en nuestro estudio los médicos de atención primaria identificaron que el uso de registros médicos electrónicos, generaba una mayor carga en la provisión de atención, lo que llevaba a menos tiempo para atender al paciente y por lo tanto

una mayor posibilidad de intervenciones innecesaria, no identificando beneficios de su uso.

Nuestros hallazgos coinciden con los encontrados por O'Donnell en el 2018, quien realizó una revisión sistemática, sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia el uso de registros médicos electrónicos, encontrando que estos manifestaban preocupaciones sobre la accesibilidad, la confiabilidad y la utilidad. (74)

En este mismo estudio, los médicos de atención primaria también resaltaron como positivo su potencial para mejorar la productividad clínica, la seguridad del paciente y la calidad de la atención. (74)

Dos elementos que tomaron fuerza en las entrevistas a profundidad fueron el Síndrome del desgaste físico y mental al que se sienten expuestos los médicos y los problemas psicosociales de los pacientes que originan mayor demanda por dolencias múltiples en consultas del primer nivel.

En el Perú la prevalencia de burnout en médicos esta entre 3 y 7%, sin embargo no existen estudios que relacionen el burnout con sobrediagnóstico y sobretratamiento (75) y no han sido descritos en investigaciones previas de prevención cuaternaria, por lo que abren un punto importante de reflexión para el diseño de políticas con una mejor organización del sistema sanitario, que coloque el énfasis en los recursos humanos que son la puerta de entrada al sistema.

Se estima que una de cada cinco personas tiene síntomas emocionales cada año y que solo un quinto de estas accede a servicios sanitarios. (76) Las personas con problemas psicosociales que acceden a los servicios del primer nivel de atención pueden generar mayor demanda de intervenciones sanitarias y terminar el encuentro insatisfechas. (77)

La autora encontró en un estudio previo que hasta un 40% de los motivos de consulta en un consultorio del primer nivel de atención de la seguridad social podían ser catalogados como problemas psicosociales (78).

Aunque existen métodos para abordar los problemas psicosociales correctamente en la consulta ambulatoria, los médicos no suelen estar entrenados para realizar estos encuentros y es posible que como consecuencia se tomen decisiones que llevan a mayor sobrediagnóstico y sobretratamiento (79).

La relevancia reportada de recomendaciones específicas como las de Choosing Wisely del componente cuantitativo de este estudio, no se correlacionan con la aplicabilidad; las entrevistas a profundidad nos acercaron a los facilitadores y barreras que pueden encontrar los médicos de atención primaria hacia una práctica que evite el daño y las intervenciones innecesarias.

La relevancia percibida de las recomendaciones Choosing Wisely no tuvo diferencias entre los tipos de especialistas del primer nivel, al hacer la triangulación con el componente cualitativo se corroboró la homogeneidad en las barreras percibidas y los facilitadores.

Conocer el punto de vista de un pequeño grupo de médicos nos ayudara a no asumir que la toma de decisiones que llevan a intervenciones innecesarias solo están relacionadas a una falta de conocimiento o actualización.

La complejidad del encuentro médico paciente y las circunstancias que lo definen empezando por las características del sistema donde practican los médicos tiene un peso importante en la práctica de la prevención cuaternaria y por lo tanto en las personas y la sociedad (80)

Limitaciones

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.

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.

Dada la segmentación y fragmentación del sistema sanitario peruano y las diferencias en culturales, de carga de enfermedad y nivel socioeconómico de las personas a las que se atienden en diferentes regiones del país; estudios que involucren a profesionales de diferentes subsectores y regiones son necesarios a futuro.

El tamaño de muestra no es el universo completo y eso podría afectar la interpretación de los resultados; no se tiene un registro de las características de los médicos que no respondieron a la encuesta para compararlos con los que si la contestaron.

La selección de la red a donde se recolectaron datos fue por conveniencia, al igual que la muestra de médicos que fueron invitados a la entrevista a profundidad; teniendo seis meses de lapso entre la encuesta y las entrevistas a profundidad, siendo ideal que este lapso fuera más corto pues las percepciones pudieron variar de acuerdo a experiencias en entre ambas encuestas

La muestra fue pequeña para decir que los subanálisis realizados para la asociación de variables de la encuesta tuvieran el suficiente poder; debido al diseño y el número de profesionales encuestados. 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 las

percepciones tienen influencia por su formación, aunque al analizarlas no se encontraron diferencias de contenido.

Se requerirán estudios que puedan relacionar algunas prácticas como el uso de registros médicos electrónicos como facilitadores de una mejor práctica de la prevención cuaternaria; ya que, aunque no percibidos por los médicos tratantes evitan duplicidad de exámenes o uso de intervenciones no protocolizadas o no basadas en la mejor evidencia; además de hacer que el paciente pueda acceder a mayor información en el momento de la consulta y así facilitar la toma de decisiones compartidas.

Se buscó medir la relevancia percibida a 10 recomendación Choosing Wisely, desde el 2019 se publicaron 8 recomendaciones más, así como publicaciones con propuestas de reconceptualizar la prevención cuaternaria, en un sentido más amplio que implique evitar todas las intervenciones sanitarias innecesarias a lo largo de la vida del individuo con salud y con enfermedad.

Futuras investigaciones deberían medir 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, sino también en los costos, la calidad y la satisfacción de los recursos humanos en la práctica

CONCLUSIONES

Los hallazgos de nuestro estudio indican que los médicos del primer nivel de atención entrevistados, estaban más entrenados en Medicina basada en Evidencia y revisión crítica de la literatura que en Método clínico centrado en el paciente y toma de decisiones compartidas. Ambos tipos de entrenamiento son necesarios para proveer cuidado integral, centrado en las personas y realizar una práctica de prevención cuaternaria evitando el daño

Los médicos entrevistados reportaron que pueden causar daño desde las intervenciones que realizan en el primer nivel de atención. Aunque asignan importancia a la práctica de la prevención cuaternaria, es menor la relevancia y aplicabilidad asignada a recomendaciones específicas como las de Choosing Wisely debido a características de la organización de sistema sanitario, expectativas de los pacientes y de sus habilidades de comunicación y entrenamiento.

Las características del sistema incluyendo el tiempo de consulta, acceso a citas, sistema informático, falta de continuidad de cuidado y la sobrecarga asistencial, así como los aspectos relacionados a los pacientes con alta prevalencia de problemas psicosociales y pacientes con problemas sin una respuesta sanitaria adecuada, son condicionantes de una práctica médica que puede llevar al daño

El desarrollo de habilidades de comunicación con los pacientes y la actualización médica continua para tomar mejores decisiones sanitarias, son factores que podrían facilitar la práctica de la prevención cuaternaria y evitar el daño.

RECOMENDACIONES

Se requiere estudiar los factores que pueden llevar a intervenciones innecesarias en otras regiones del país, con otros grupos de profesionales sanitarios y en diferentes subsistemas de salud para poder generar conocimiento que lleve a acción en nuevas políticas.

Organizar las prestaciones sanitarias en el primer nivel ampliando los tiempos de consulta, mejorando el acceso a citas de los pacientes y buscando la de continuidad de cuidado repercutiría en menos intervenciones sanitarias innecesarias en la población

Las oficinas de recursos humanos deben entrenar a los profesionales del Primer nivel de atención en técnicas de comunicación en especial en el abordaje de problemas psicosomáticos una forma de hacerlo puede ser a través del Método clínico Centrado en la persona

Generar un listado nacional o desde cada subsistema, de acciones sanitarias para cuestionar que pueda moldear la practica en el primer nivel de atención

BIBLIOGRAFÍA

1. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine, Third Edition. Third Edition. Vol. 1. New York: Oxford University Press; 2009. 472 p.
2. Heath I. Ayudar a morir. 1st ed. Vol. 1. Madrid: Katz Editores; 2008. 126 p.
3. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. National Institute on Aging, National Institutes of Health. Global health and aging. Vol. 1, NIH Publication no 117737. 2011. 5. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn) [Internet]. Socialist Health Association. 1920 [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>
6. Romero-Albino ZO, Domínguez-Samamés RO, Ortiz-Arica M, Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino ZO, Domínguez-Samamés RO, et al. Necesidad de revisar las intervenciones sanitarias promovidas por el estado para mujeres en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2020 Jan;37(1):129–35.
7. Vega-de Céniga M, Allegue-Allegue N, Bellmunt-Montoya S, López-Espada C, Riera-Vázquez R, Solanich-Valldaura T, et al. Medicina basada en la evidencia: concepto y aplicación. Angiologia. 2009 Jan 1;61(1):29–34.
8. Isaac CA, Franceschi A. EBM. J Eval Clin Pract. 2008 Oct;14(5):656–9.
9. Illich I. Medical Nemesis. London: Calder and Boyars; 1974

10. Pizzanelli M, Almenas M, Quirós R, Pineda C, Cordero E, Taureaux N, et al. Prevención Cuaternaria: Ética Médica, Evaluación y Eficiencia en los Sistemas de Salud. *Rev bras med fam comunidade*. 2016;75–85.

11. Spradley J P. *The ethnographic interview*. New York, NY, USA: Holt, Rinehart and Winston; 1979.

12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*. 2008 May 1;27(3):759–69.

13. O'Malley AS, Clancy C, Thompson J, Korabathina R, Meyer GS. Clinical Practice Guidelines and Performance Indicators as Related—But Often Misunderstood—Tools. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2004 Mar 1;30(3):163–71.

14. Gapanenko K, Lam D, Parker M, D'Silva J, Johnson T. Unnecessary Care in Canada. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*. 2017;20(3):10–1.

15. Morgan DJ, Leppin AL, Smith CD, Korenstein D. A practical framework for understanding and reducing medical overuse: Conceptualizing overuse through the patient-clinician interaction. *Journal of Hospital Medicine*. 2017 May 1;12(5):346–51.

16. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. Vol. 392, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2018. p. 1341–8.

17. Peabody JW, Taguiwalo MM, Robalino DA, Frenk J. Improving the Quality of Care in Developing Countries. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition)*. World Bank Publications; 2006. p. 1293–308.

18. Harrison R, Cohen AWS, Walton M. Patient safety and quality of care in developing countries in Southeast Asia: A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015 Aug 1;27(4):240–54.
19. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018 Dec 30;79(4):346.
20. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Puntos clave Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina Enrique Gavilán Moral. *AMF*. 2012;8(6):317.
21. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract*. 2018 Jan 31;24(1):106–11.
22. Cuba Fuentes MS, Morera González L. Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. *Acta Médica Peruana*. 2016 Jan;33(1):65–9.
23. 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. *Aten Primaria*. 2018 Nov;50(Suppl 2):86–95.
24. Cuba MS, Campuzano J. Explorando la salud, la dolencia y la enfermedad. *Revista Medica Herediana*. 2017 Apr;28(2):116–21.
25. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International journal of health policy and management*. 2015 Feb;4(2):61–4.
26. Blech J. Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes. Destino; 2005.

27. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: Past, present and future. Vol. 369, Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. Royal Society of London; 2014.
28. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*. 2010;10(18):350–4.
29. Jamouille M. The four duties of family doctors: Quaternary prevention - First, do no harm. *Hong Kong Practitioner*. 2014;36(2):72–7.
30. Gervas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gaceta Médica de Bilbao*. 2007 Jan;104(3):93–6.
31. Tudor Hart J, The Inverse Care Law, *The Lancet*, Volume 297, Issue 7696, 1971, Pages 405-412, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).
32. The “Top 5” Lists in Primary Care: Meeting the Responsibility of Professionalism. *Arch Intern Med*. 2011; 171(15):1385–1390. doi:10.1001/archinternmed.2011.231
33. American Academy of Family Physicians. Twenty Things Physicians and Patients Should Question [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 4]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/societies/american-academy-of-family-physicians/>
34. National Institute for Health and Care Excellence. Do not do recommendations [cited 2019 Dec 4]. Available from: <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/nice-do-not-do-prompts>
35. Brotons Muntó F, Cerecedo Pérez MF, González González A, Lázaro Gómez MJ, León Vázquez F, Lobos Bejarano JM, et al. Recomendaciones No

Hacer. Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones “No Hacer.” 2014;1–24.

36. Levinson W, Huynh T, Felix S, Born K, Callan S, Chu C, et al. Choosing Wisely Canada [Internet]. Choosing Wisely Canada. [cited 2019 Dec 4]. Available from: <https://choosingwiselycanada.org/about/>

37. Levinson W, Huynh T. Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. Vol. 186, CMAJ. Canadian Medical Association; 2014. p. 325–6.

38. Klein S, Mayer D. Choosing wisely Canada recommendations. Vol. 63, Canadian Family Physician. 2017. p. e473.

39. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA. “Choosing Wisely”: A growing international campaign. Vol. 24, BMJ Quality and Safety. BMJ Publishing Group; 2015. p. 167–74.

40. Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: Helping physicians and patients make smart decisions about their care. Vol. 307, JAMA - Journal of the American Medical Association. 2012. p. 1801–2.

41. Volpp KG, Loewenstein G, Asch DA. Choosing wisely: Low-value services, utilization, and patient cost sharing. Vol. 308, JAMA - Journal of the American Medical Association. 2012. p. 1635–6.

42. Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ (Online). 2017;358.

43. Peer R, Shabir N. Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;7(2):309.

44. Siwek J. Evidence-Based Medicine: Common Misconceptions, Barriers, and Practical Solutions. *American family physician*. 2018;98(6):343–4.
45. Friedman JN, Mahant S. Making it easier to ‘choose wisely.’ *Paediatr Child Health*. 2017 May;22(2):66–7.
46. Choosing Wisely | Promoting conversations between providers and patients [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/>
47. Diamond GA, Kaul S. The disconnect between practice guidelines and clinical practice--stressed out. *JAMA*. 2008 Oct 15;300(15):1817–9.
48. Silva AL da, Mangin D, Pizzanelli M, Jamouille M, Wagner HL, Silva DHS, et al. Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2014 Sep 15;9(33):371–4.
49. Cuba Fuentes, M., & Romero Albino, Z. (2016). El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 780-784.
50. Montori, Victor: Why **we revolt**: A patient revolution for careful and kind care 2017
51. Cuba-Fuentes, Maria, Contreras Samamé, Janet Angelina, Ravello Ríos, Paúl Steve, Castillo Narro, Miriam Aydeé, & Coayla Flores, Saúl Alan. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Revista Medica Herediana*, 27(1), 50-59. Recuperado en 26 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2016000100009&lng=es&tlng=es.
52. Lazo O, Alcalde J, Espinosa O. El sistema de salud en Perú. *Salud Publica de Mexico*. 2016;53(2):243–54.

53. EsSalud. EsSalud en cifras. Información marzo 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 4]. Available from: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
54. EsSalud - Libro blanco para el diálogo [Internet]. Seguro Social de Salud - ESSALUD; 2019. Available from: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/libro_blanco_1.pdf
55. Casajuana J, Lejardi Y. La gestión de la consulta. En: Casajuana J, coord. Gestión de lo cotidiano. Barcelona: Semfyc; 2016 p. 75-100.
56. Copenhaver R. Thomas Reid on acquired perception. Vol. 91, Pacific Philosophical Quarterly. 2010. p. 285–312.
57. Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of survey research methods* (Vols. 1-0). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412963947
58. Waldenfels B. Fenomenología de la experiencia en Edmund Husserl. Arete. 2017;29(2):409–26.
59. Romero Y, Públicos RS-E, 2007 undefined. El concepto de intersubjetividad en Alfred Schutz. redalyc.org.
60. Dreher J. Fenomenología: Alfred Schutz y Thomas Luckmann. Universidad de Konstanz. 2010;71–113
61. Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu
62. Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.26>
63. Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós.

64. Quillas Benites Ruth Keyla, Vásquez Valencia Cesar, Cuba Fuentes María Sofía. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. Acta méd. Peru [Internet]. 2017 Abr [citado 2020 Oct 29] ; 34(2): 126-131. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200008&lng=es.
65. Cuba Fuentes MS, Zegarra Zamalloa CO, Reichert S, Gill D. Actitudes, percepciones y conocimientos sobre la prevención cuaternaria entre médicos de familia del Seguro Social de Perú: estudio descriptivo transversal. Medwave. 2016 Apr 27;16(3):e6433.
66. WONCA. Wonca Special interest group on quaternary prevention and overmedicalization. Citado 2 noviembre 2020 En : <https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>
- 67 Embrett, M., Randall, G.E. Physician perspectives on Choosing Wisely Canada as an approach to reduce unnecessary medical care: a qualitative study. *Health Res Policy Sys* **16**, 95 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0370-5>
68. Ortega Calvo Manuel, Cayuela Domínguez Aurelio. Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Mar [citado 2020 Nov 02] ; 76(2): 115-120. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000200005&lng=es.
69. Mezones-Holguín E, Solis-Cóndor R, Benites-Zapata VA, Garnica-Pinazo G, Marquez-Bobadilla E, Tantaleán-Del-águila M, et al. Diferencias institucionales en

el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud (ENSUSALUD 2014). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2016 Apr 1;33(2):205–14.

70 Rodríguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patiño D. Medical consultation, time and duration. *Medwave*. 2018 Sep 26;18(5):e7266. Spanish, English. doi: 10.5867/medwave.2018.05.7264. PMID: 30312289.

71 Stewart M, Belle J, Wayne W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. 3a ed. New York: Radcliffe Publishing Ltd; 2014.

72 Montori V, Hargraves IG, Breslin M, Shaw K, Morera L, Branda M, et al. Careful and Kind Care Requires Unhurried Conversations. 2019;1–6.

73 Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: Framing the problem and finding solutions. Vol. 362, *BMJ* (Online). BMJ Publishing Group; 2018.

74. O'Donnell A, Kaner E, Shaw C, Haighton C. Primary care physicians' attitudes to the adoption of electronic medical records: A systematic review and evidence synthesis using the clinical adoption framework 11 *Medical and Health Sciences* 1117 *Public Health and Health Services*. Vol. 18, *BMC Medical Informatics and Decision Making*. BioMed Central Ltd.; 2018.

75 Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalence of burnout syndrome in Peruvian physicians and nurses, ENSUSALUD 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2016 Apr 1;33(2):241–7.

76. Castillo-Martell Humberto, Cutipé-Cárdenas Yuri. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2020 Nov 04] ; 36(2): 326-333. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200023&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.
77. Cannarella Lorenzetti R, Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician*. 2013 Mar 15;87(6):419-25. PMID: 23547575.
- 78 Cuba-Fuentes M, Romero-Albino Z, Cuellar-De la Cruz Y. Relación de tipo y ciclo vital familiar con la presencia de problemas psicosomáticos en un consultorio docente de medicina familiar. *Rev Med Hered*. 2014;25:68–72.
79. Contreras Carmona P, Cuba Fuentes M. Abordaje de patologías mentales en la consulta ambulatoria mediante el modelo TOPIC psicosocial. *Acta Médica Peruana*. 2017;34(1):61–5.
80. Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. *Atencion Primaria*. 2018 Nov 1;50:86–95.

ANEXOS

ANEXO 1

Las acciones de *Prevención Cuaternaria*, que son las medidas adoptadas a identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de una nueva invasión médica, y sugerir intervenciones que son éticamente aceptables. Le invitamos a responder las siguientes preguntas.

Por favor conteste todas las preguntas y elija sólo una opción para cada pregunta. Si deja de contestar una pregunta porque considera que no es aplicable a su práctica diaria, le animamos a escribir una explicación sobre esto.

1. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
2. Edad (colocarla en años):
3. Marque a cuál de los siguientes grupos profesionales pertenece
 - a. Médico general
 - b. Médico Familiar
 - c. Médico internista
 - d. Otro: especifique _____
4. Por favor Escriba el nombre del establecimiento donde labora

5. ¿Cuántos años lleva trabajando en un entorno de atención primaria en EsSalud?
Por favor, mencione el número de años.

6. ¿Cuántos pacientes atiende Usted en un día normal de práctica clínica?

7. ¿Alguna vez ha recibido capacitación en revisión de la literatura o en Medicina Basada en Evidencia?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿Alguna vez ha recibido capacitación en método clínico centrado en el paciente o toma de decisiones compartidas con el paciente?
 - a. Si
 - b. No

9. ¿Cuál es su nivel de entendimiento del concepto de prevención cuaternaria?
- No lo entiendo
 - Lo entiendo poco
 - Lo entiendo adecuadamente
 - Lo entiendo muy bien
10. ¿Qué tan probable o improbable siente la posibilidad de estar realizando sobrediagnóstico, sobretratamiento, en su práctica diaria?
- Muy probable
 - Algo probable
 - Poco probable
 - Muy poco probable
11. ¿Qué tan importante cree usted que es la práctica de la *Prevención Cuaternaria* en el contexto de su trabajo?
- Nada importante
 - Poco importante
 - Muy importante
 - Extremadamente importante
12. ¿Qué tan importante cree usted que es disponer de recomendaciones específicas en el Perú, con el fin de evitar el riesgo de sobretratamiento, para proteger a los pacientes de los procedimientos médicos innecesarios o para aplicar intervenciones que sean éticamente aceptables, en centros de atención primaria?
- Nada importante
 - Poco importante
 - Muy importante
 - Extremadamente importante
13. ¿Cree usted que las siguientes recomendaciones del "Choosing Wisely Canada" (Escogiendo sabiamente) son relevantes para un médico de atención primaria en el Perú?

	Completamente relevante	Muy relevante	Poco relevante	Nada relevante
No solicitar exámenes radiográficos rutinariamente a pacientes con dolor de espalda baja, con menos de 6 semanas de dolor.				
No usar antibióticos para infecciones del tracto que parecen virales.				

No solicitar tamizajes a través de radiografías y electrocardiogramas a pacientes asintomáticos o con bajo riesgo.				
No solicitar tamizaje de PAP a mujeres menores de 21 años de edad o más de 69 años de edad.				
No solicitar chequeos sanguíneos anuales independientemente del perfil de riesgo del paciente.				
No solicitar el tamizaje de mamografía a mujeres entre los 40 y 49 años de edad.				
No realizar exámenes físicos anuales en adultos asintomáticos sin factores de riesgo significativos.				
No solicitar Densitometría Ósea para la detección de osteoporosis en mujeres menores de 65 años o en varones menores de 70 años.				
Evitar el auto-monitoreo en pacientes diabéticos que no requieran insulina.				
No solicitar pruebas de función tiroidea en pacientes asintomáticos.				

14. ¿Cree usted que las siguientes recomendaciones del "Choosing Wisely Canada" (Escogiendo sabiamente) son aplicables de cara a las expectativas de los pacientes que atiende en la seguridad social?

	Si	No	No tiene elementos suficientes para opinar
No solicitar exámenes radiográficos rutinariamente a pacientes con dolor de espalda baja, con menos de 6 semanas de dolor.			

No usar antibióticos para infecciones del tracto que parecen virales.			
No solicitar tamizajes a través de radiografías y electrocardiogramas a pacientes asintomáticos o con bajo riesgo.			
No solicitar tamizaje de PAP a mujeres menores de 21 años de edad o más de 69 años de edad.			
No solicitar chequeos sanguíneos anuales independientemente del perfil de riesgo del paciente.			
No solicitar el tamizaje de mamografía a mujeres entre los 40 y 49 años de edad.			
No realizar exámenes físicos anuales en adultos asintomáticos sin factores de riesgo significativos.			
No solicitar Densitometría Ósea para la detección de osteoporosis en mujeres menores de 65 años o en varones menores de 70 años.			
Evitar el auto-monitoreo en pacientes diabéticos que no requieran insulina.			
No solicitar pruebas de función tiroidea en pacientes asintomáticos.			

15. ¿Para los médicos de atención Primaria Cuáles cree Usted que son las barreras para realizar acciones de Prevención Cuaternaria? Usted puede elegir más de una opción para responder esta pregunta.
- Expectativas de los pacientes
 - Poco soporte político
 - Falta de educación médica continua
 - Miedo a problemas legales
 - Otra. Por favor detalle que otros obstáculos considera importante:
16. Por favor agregue alguna recomendación que usted cree que personalmente se debe incluir en una iniciativa de "Choosing Wisely Perú" (Escogiendo sabiamente)

ANEXO 2

Entrevista a Profundidad

Buenos días, mi nombre XXX soy XXXX, investigadora de este estudio sobre Prevención Cuaternaria. Antes que nos presentemos me gustaría explicarle un poco el por qué lo invitamos.

Hoy realizaremos una entrevista profundidad, que consiste en una conversación y reflexión acerca de la práctica de Prevención cuaternaria en el entorno de Atención Primaria

Principalmente, el foco es hablar de sobrediagnóstico, sobretratamiento, evitar riesgos innecesarios, explorar su aproximación a la concepción del daño.

La conversación girará en torno a tres preguntas principales y tenemos aproximadamente una hora para abordarlas, la idea es que pueda dar su opinión libremente y que sepa que toda la información que hoy usted comparta tiene carácter de anónima, que no se van a juzgar sus respuestas y que estas se usarán como un insumo muy importante para mejorar nuestro entendimiento sobre las decisiones que se toman sobre prevención cuaternaria.

Para empezar, me gustaría que ustedes pudieran presentarse y contar un poco su relato de cómo empezaron a ser médicos que practican en la seguridad social y en el primer nivel de atención

1. Hace algunos años se recomendaba el uso de terapia de reemplazo hormonal a todas las mujeres post menopaúsicas, luego se descubrió que esta terapia, podía ocasionar mayor riesgo de cáncer de mama y trombosis de venas.

¿Cree que los médicos pueden ocasionar daño con las intervenciones terapéuticas que indican? ¿Puede citar algún ejemplo?

2. La prevención cuaternaria es definida como: "la acción tomada para identificar a un paciente en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de una nueva invasión médica, y sugerir él / ella intervenciones, que son éticamente aceptables" .

Si Usted intenta proteger a los pacientes del sobrediagnóstico y sobretratamiento y de intervenciones innecesarias; ¿será fácil? ¿Cree que puede encontrar barreras en su práctica diaria? ¿Podría darnos ejemplos?

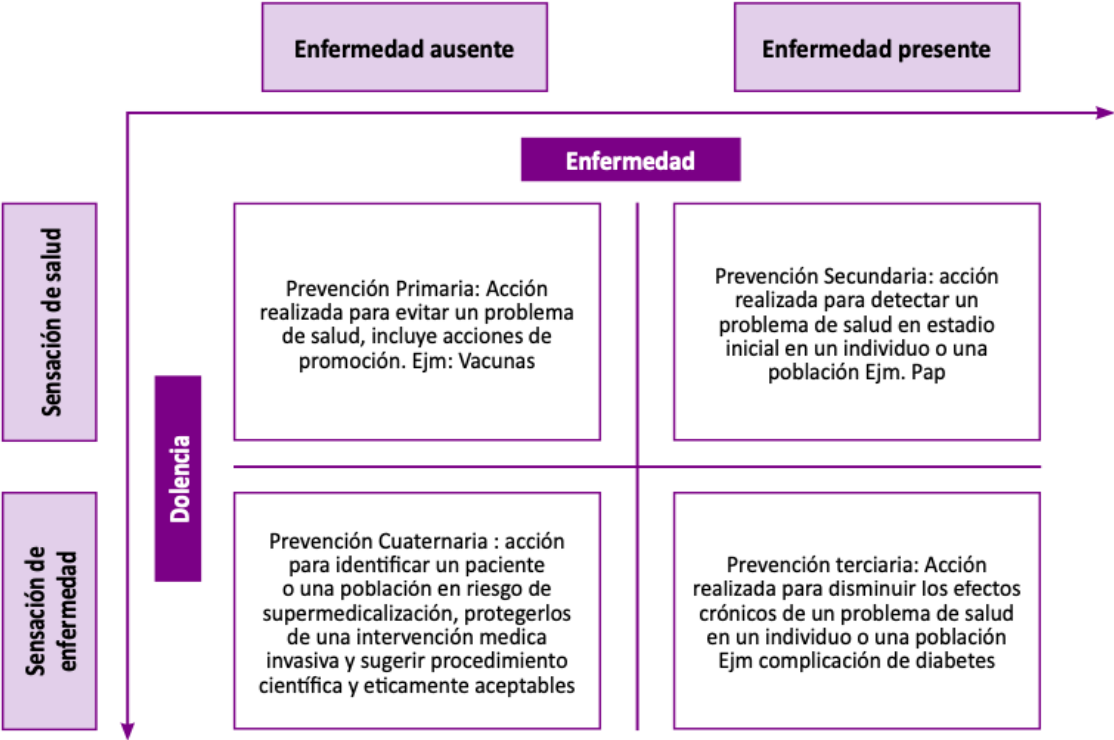
3. Me gustaría que me pudiera contar sobre qué es lo suele hacer cuando en los encuentros con los pacientes evidencia que puede estar en riesgo de realizar sobre diagnóstico o sobretratamiento o éste fue realizado previamente en otro encuentro clínico con otros profesionales. Por Ejm: un paciente que pide muchos exámenes

auxiliares que ha escuchado que puede ser bueno realizarse o que solicita medicación que no tiene efecto sobre su problema de salud pero que el o ella percibe/ piensa que le iría mejor

ANEXO 3

Concepto	Definición
Iatrogenia	Son los efectos colaterales y riesgos asociados con las intervenciones médicas (44).
Medicina basada en evidencias	Es la integración de la mejor evidencia disponible con la experticia clínica y los valores, preferencias y circunstancias únicas del paciente (45).
Medicina mínimamente invasiva	Es una estrategia ideal para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas, en que se diseña un plan que armonice las implicancias del trabajo asociado a seguir regímenes de tratamiento con la realidad de la vida diaria de los pacientes, evitando sobrecargarlos (67)
Polifarmacia	Se refiere a la utilización de cuatro o más medicamentos en forma simultánea (68)
Prevención cuaternaria	Es el conjunto de medidas que se toman para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades sanitarias innecesarias (69).
Sobrediagnóstico	Es cuando la gente es etiquetada con o amenazada de tener una enfermedad que podría nunca ocasionarle daño y la puede llevar a la sobreutilización de exámenes y tratamientos. Sucede frecuentemente como resultado de someterse a tamizajes (43).
Sobretamizaje	Es el uso de exámenes de despistaje en edades mayores o menores al rango de edad recomendado por las guías nacionales o en una frecuencia superior (intervalos más cortos) a lo recomendado. También ocurre cuando los tamizajes son practicados en personas asintomáticas en las cuales no hay evidencia para sugerir que el tamizaje mejorará su pronóstico (70).
Sobretratamiento	Es cuando se recibe una intervención terapéutica a pesar de que la relación entre los beneficios y los daños es desfavorable. Puede suceder ante un sobrediagnóstico o incluso ante un diagnóstico correcto y oportuno (69).
Toma de decisiones compartida	Es un proceso que ayuda al médico y al paciente a seleccionar el examen o tratamiento óptimo para el paciente. Involucra un flujo bidireccional de información en que el médico brinda detalles sobre la enfermedad, opciones de tamizaje, riesgos y beneficios; mientras que el paciente comparte sus pensamientos y valores, para finalmente juntos tomar una decisión (71).

FIGURA 1
Categorías de prevención, según la relación médico- paciente



Fuente: Cuba Fuentes MS, Morera González L. Reformando la salud desde la prevención cuaternaria. Acta Médica Peruana. 2016 Jan;33(1):65–9.

FIGURA 2

Cosas que los médicos y pacientes deben cuestionar

Elaborado por la American Academy of Family Physicians (AAFP)



An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Family Physicians



Cosas que Médicos y Pacientes deben Cuestionar

1

No indicar estudios de imágenes para el dolor lumbar durante las primeras seis semanas, a menos que haya signos de alarma.

Las señales de alerta incluyen, pero no se limitan a, déficits neurológicos severos o progresivos o cuando se sospecha de afecciones subyacentes graves como la osteomielitis. Las imágenes de la columna lumbar antes de las seis semanas no mejoran los resultados, pero aumentan los costos. El dolor lumbar es la quinta razón más común de todas las visitas al médico.

2

No recete antibióticos de forma rutinaria para la sinusitis aguda leve a moderada a menos que los síntomas duren diez o más días o que los síntomas empeoren después de la mejoría clínica inicial.

Los síntomas deben incluir secreciones nasales y sensibilidad facial o dental cuando se toca. La mayoría de las sinusitis en el entorno ambulatorio se deben a una infección viral que se resolverá por sí sola. A pesar de las recomendaciones consistentes en sentido contrario, los antibióticos se prescriben en más del 80 por ciento de las visitas ambulatorias por sinusitis aguda. La sinusitis representa 16 millones de visitas al consultorio y \$ 5,8 mil millones en costos anuales de atención médica.

3

No utilice la Densitometria osea(DEXA) para tamizaje de la osteoporosis en mujeres menores de 65 años o en hombres menores de 70 años sin factores de riesgo.

DEXA no es efectiva en pacientes más jóvenes y de bajo riesgo, pero sí en pacientes mayores.

4

No solicite electrocardiogramas anuales (ECG) ni ningún otro examen cardíaco para pacientes de bajo riesgo sin síntomas.

Hay poca evidencia de que la detección de estenosis de la arteria coronaria en pacientes asintomáticos con bajo riesgo de enfermedad coronaria mejore los resultados de salud. Es probable que las pruebas falsas positivas provoquen daños a través de procedimientos invasivos innecesarios, tratamientos excesivos y diagnósticos erróneos. Los daños potenciales de esta evaluación anual de rutina superan el beneficio potencial.

5

No realice pruebas de Papanicolaou en mujeres menores de 21 años o que hayan tenido una histerectomía por una enfermedad no cancerosa.

La mayoría de las anomalías observadas en los adolescentes retroceden espontáneamente, por lo que las pruebas de Papanicolaou para este grupo de edad pueden provocar ansiedad innecesaria, pruebas adicionales y costos. Las pruebas de Papanicolaou no son útiles para las mujeres después de una histerectomía (para enfermedades no cancerosas) y hay poca evidencia de mejores resultados.

These items are provided solely for informational purposes and are not intended as a substitute for consultation with a medical professional. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their physician.

Released April 4, 2012 (#1-5), February 21, 2013 (#6-10), September 24, 2013 (#11-15) and August 8, 2018 (#16-20); #2, 11 and 13 updated and #14 withdrawn July 18, 2018; #7 withdrawn October 11, 2019



An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Family Physicians



Cosas que Médicos y Pacientes deben Cuestionar

11

No realice un cistoureterograma miccional (CUGM) de forma rutinaria en la primera infección febril del tracto urinario (ITU) en niños de 2 a 24 meses.

Los riesgos asociados con la radiación (más la incomodidad y el costo del procedimiento) superan el riesgo de retrasar la detección de los pocos niños con anomalías genitourinarias corregibles hasta su segunda UTI.

12

No realice pruebas de detección de cáncer de próstata de forma rutinaria mediante una prueba de antígeno prostático específico (PSA) o un examen rectal digital. En el caso de los hombres que desean un examen de PSA, solo debe realizarse después de participar en una toma de decisiones compartida.

La detección del cáncer de próstata mediante el uso de PSA puede prevenir la mortalidad por cáncer de próstata en un pequeño número de hombres, al tiempo que pone a muchos hombres en riesgo de sufrir daños a largo plazo, como incontinencia urinaria y disfunción eréctil. Si este beneficio potencialmente pequeño en la mortalidad supera los daños potenciales depende de los valores y preferencias de los hombres individuales. Por lo tanto, para los hombres que expresan su deseo de realizarse una prueba de detección del cáncer de próstata, solo debe realizarse después de una discusión sobre los posibles beneficios y daños. No se deben realizar exámenes de rutina para el cáncer de próstata. La detección del cáncer de próstata basada en PSA no debe realizarse en hombres mayores de 70 años.

13

No realice un examen pélvico u otro examen físico para recetar medicamentos anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos hormonales son seguros, eficaces y bien tolerados por la mayoría de las mujeres. Los datos no respaldan la necesidad de realizar un examen pélvico o mamario para recetar medicamentos anticonceptivos orales. La anticoncepción hormonal se puede proporcionar de forma segura sobre la base del historial médico y la medición de la presión arterial.

14

No realice exámenes pélvicos en mujeres no embarazadas asintomáticas, a menos que sea necesario para la detección adecuada de las pautas para el cáncer de cuello uterino.

Los exámenes pélvicos de detección, excepto con el propósito de realizar pruebas de detección del cáncer de cuello uterino en los intervalos recomendados, no han llevado a una reducción de la mortalidad o morbilidad y exponen a las mujeres asintomáticas a pruebas invasivas innecesarias. Las opciones no invasivas para detectar infecciones de transmisión sexual ahora están disponibles como alternativas a los cultivos endocervicales. Los exámenes pélvicos de detección también agregan costos innecesarios al sistema de atención médica, incluidos los gastos de evaluaciones de hallazgos falsos positivos. Estos exámenes pélvicos incluso pueden conducir a una cirugía innecesaria.

15

Los anticonceptivos hormonales son seguros, eficaces y bien tolerados por la mayoría de las mujeres. Los datos no respaldan la necesidad de realizar un examen pélvico o mamario para recetar medicamentos anticonceptivos orales. La anticoncepción hormonal se puede proporcionar de forma segura sobre la base del historial médico y la medición de la presión arterial.

El automonitoreo de la glucosa en sangre (AMG) es una parte integral del autocuidado del paciente para mantener un control de glucosa seguro y dirigido por objetivos en la diabetes mellitus tipo 1. Sin embargo, la prueba diaria de glucosa en los dedos no tiene ningún beneficio en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no reciben insulina o medicamentos asociados con hipoglucemia, y las pruebas diarias de glucosa presentan daños pequeños, pero significativos, para el paciente.

These items are provided solely for informational purposes and are not intended as a substitute for consultation with a medical professional. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their physician.



An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Family Physicians



Cosas que Médicos y Pacientes deben Cuestionar

16

No realice pruebas de detección de la infección por el virus del herpes simple (VHS) genital en adultos asintomáticos, incluidas las mujeres embarazadas.

Las pruebas serológicas para la infección por HSV tienen baja especificidad y una alta tasa de falsos positivos, y actualmente no se dispone de una prueba de confirmación. Las pruebas serológicas no pueden determinar el sitio de la infección. Dada la prevalencia de la infección en los Estados Unidos, el valor predictivo positivo de la prueba se estima en alrededor del 50%. Una prueba positiva puede causar una ansiedad considerable y la interrupción de las relaciones personales. puede causar una ansiedad considerable y la interrupción de las relaciones personales.

17

No realice pruebas de detección de cáncer de testículo en varones adolescentes y adultos asintomáticos.

No existe ningún beneficio para la detección del cáncer testicular debido a la baja incidencia de la enfermedad y las altas tasas de curación del tratamiento, incluso en pacientes con enfermedad avanzada. Existen daños potenciales asociados con las pruebas de detección, que incluyen resultados falsos positivos, ansiedad y daños por pruebas o procedimientos de diagnóstico.

18

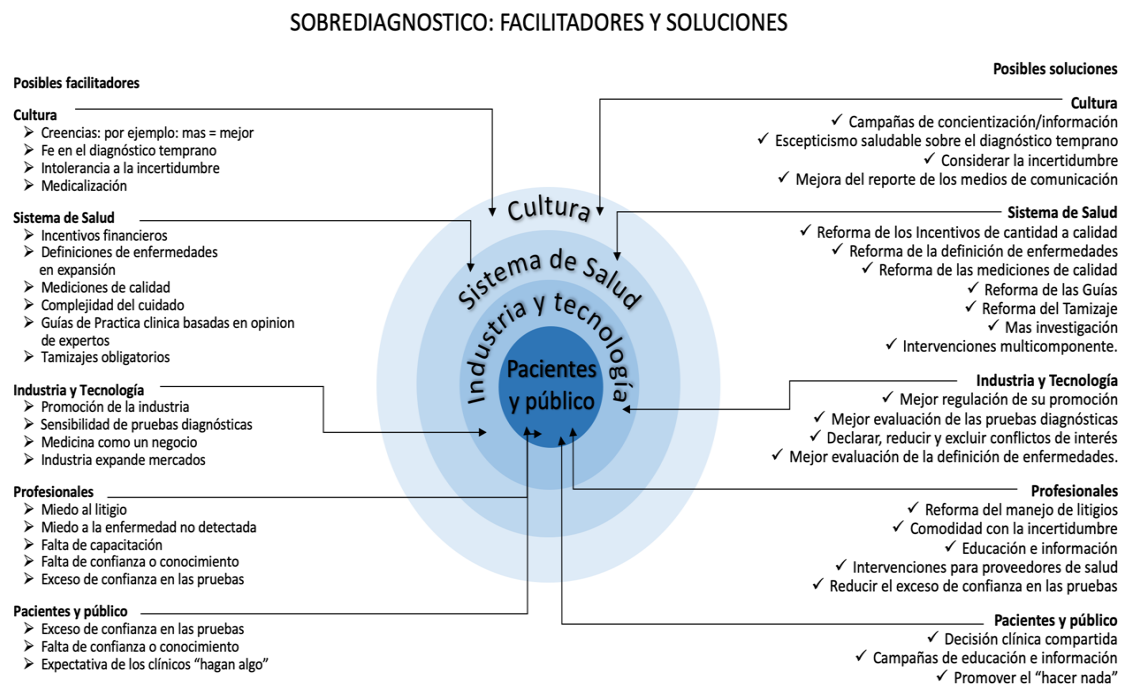
No transfunda más del mínimo de unidades de glóbulos rojos (RBC) necesarias para aliviar los síntomas de la anemia o para devolver a un paciente a un rango seguro de hemoglobina (7 a 8 g / dL en pacientes estables).

La transfusión innecesaria expone a los pacientes a posibles efectos adversos sin probabilidad de beneficio y genera costos adicionales. Las decisiones de transfusión deben estar influenciadas por los síntomas de una persona y la concentración de hemoglobina.

These items are provided solely for informational purposes and are not intended as a substitute for consultation with a medical professional. Patients with any specific questions about the items on this list or their individual situation should consult their physician.

FIGURA 3

Posibles facilitadores de sobrediagnóstico y posibles soluciones

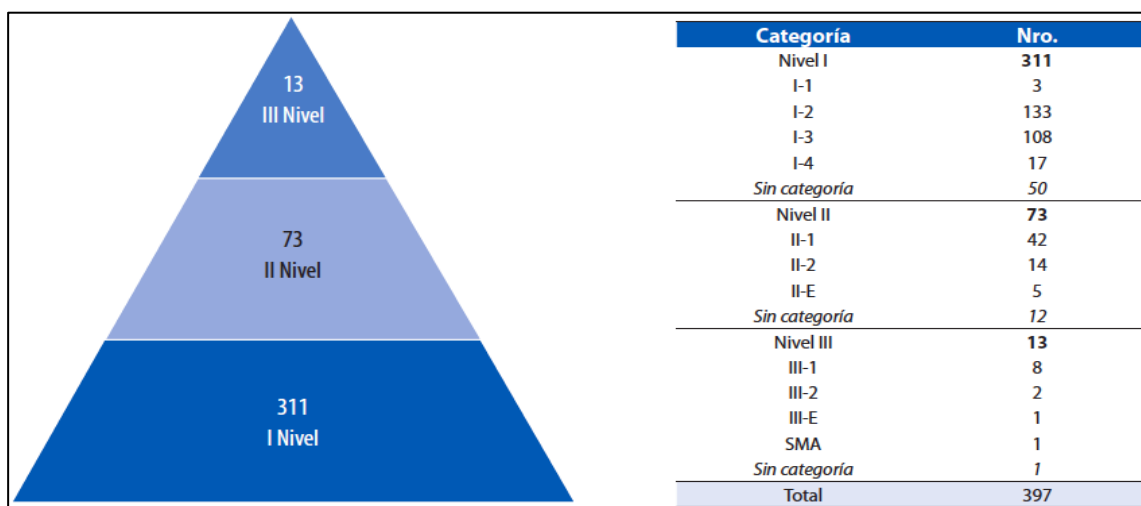


Adaptado de: Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 2017; 358:j3879

Fuente: Pathirana T, Clark J, Moynihan R. Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions. BMJ 2017; 358:j3879

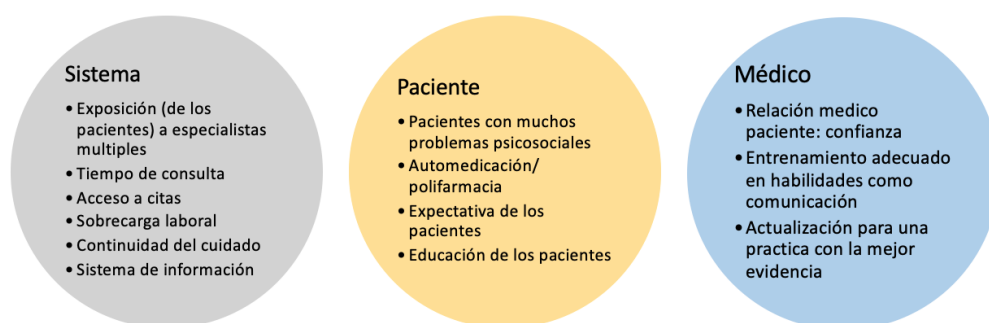
FIGURA 4

Oferta de establecimientos de salud de EsSalud 2018



Fuente: ESSALUD - Libro blanco para el diálogo [Internet]. Seguro Social de Salud - ESSALUD; 2019. Available from: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/libro_blanco/libro_blanco_1.pdf

FIGURA 5
Actores identificados como barreras y facilitadores para una práctica de prevención cuaternaria



Fuente: Elaboración propia