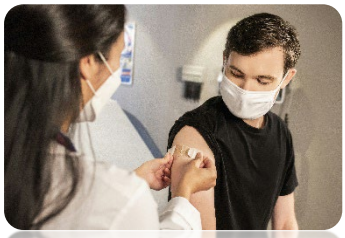
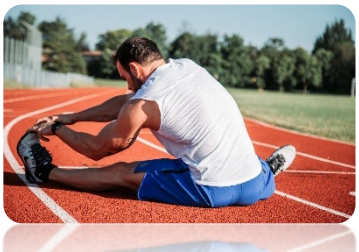
PILARES FUNDAMENTALES DEL MODELO BIOPSICOSOCIAL: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD





Bq. Cardozo, Samantha;
Méd. Giménez, José F;
Bq. Rodríguez, Emiliano;
Bq. Duré, Guillermo

INTRODUCCIÓN

El modelo de atención derivado del paradigma biopsicosocial implica no solo la atención de las personas enfermas si no también el cuidado de las personas sanas.

En este sentido, ya no solo se habla de tratamientos que “arreglen la maquina humana” si no de intervenciones anticipadas y oportunas o de la disposición de medios necesarios para evitar que ese ser humano, en su complejidad biológica, psicológica y social pueda devenir en enfermedad o en el avance de la misma.

En base a este marco previo surgen los conceptos de prevención y promoción en salud. Ambos términos emparentandos que muchas veces se utilizan de manera indiferenciada, llevando a confusiones de tipos conceptuales y prácticas.

En este aparatado, nos pareció relevante diferenciar adecuadamente estos términos, ya que el profesional en formación requiere de una idea clara y concisa de los objetivos que persiguen ambas actividades, las cuales derivarán en abordajes adecuados y efectivos para el cuidado de la salud de la población a la que asiste.

¿Qué es la PROMOCIÓN de la salud?

El concepto de promoción de la salud fue utilizado por primera vez por el historiador alemán Henry Sigerist en 1946. Según Sigerist, "la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso". y recreación".

Esta noción ha evolucionado a lo largo del tiempo. En 1978, en la declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de la Salud, tema que veremos más adelante en el cursado, la idea de promoción de la salud que aparece en ella es coherente con la definición actual de promoción de la salud, que se centra en capacitar a las personas para que tomen el control de su propia salud y promuevan un entorno que favorezca la salud. Según esta declaración, la promoción de la salud es un elemento esencial de la atención de la primaria de salud, ya que busca no solo proporcionar servicios de salud, sino también promover la participación y la responsabilidad de la comunidad en el cuidado de la salud.

Por otra parte, en la histórica Carta de Ottawa de 1986, la promoción de la salud se definió como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla".

"Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario." 25

Carta de Otawa, 1986.21

En síntesis:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

La promoción de la salud impulsa acciones para alcanzar la equidad sanitaria, con un acceso a la atención de salud, a los ambientes, y a un buen estado de salud, sin diferencias injustas; y exige la acción coordinada de todos los implicados: individuos, familias, comunidades, gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, medios de comunicación y la industria. Una buena salud es el mejor

recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida.

A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

Estrategias de La Promoción de la salud

Las **cinco estrategias (o líneas de acción)** que la Carta de Ottawa considera indispensables para el éxito son:[25,26]

1. *Elaboración de políticas públicas saludables*
2. *Creación de ambientes favorables*
3. *Reforzamiento de la acción comunitaria*
4. *Desarrollo de las aptitudes personales para con la salud - educación sanitaria*
5. *Reorientación de los servicios sanitarios*

A continuación se describen cada una de estas líneas de acción:

1. *Elaboración de políticas públicas saludables*

La salud debe formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, pues sus decisiones pueden tener consecuencias para la salud; y deben priorizarse aquellas políticas que eviten que la gente enferme o se lesione. Estas

Ley 26.687/2011. Capítulo I Disposiciones generales
ARTICULO 1º — La presente ley regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco a los fines de la prevención y asistencia de la población ante los daños que produce el tabaquismo.
ARTICULO 2º — Son objetivos de la presente ley:
a) Reducir el consumo de productos elaborados con tabaco;
b) Reducir al mínimo la exposición de las personas a los efectos nocivos del humo de productos elaborados con tabaco;
c) Reducir el daño sanitario, social y ambiental originado por el tabaquismo;
d) Prevenir la iniciación en el tabaquismo, especialmente en la población de niños y adolescentes;
e) Concientizar a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias producidas por el consumo de productos elaborados con tabaco y por la exposición al humo de productos elaborados con tabaco.

políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo, armonizando

las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Por ejemplo, la Ley 26.687/2011: Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco. Cuadro 4.

La promulgación de leyes que respaldan la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad, son ejemplos de políticas públicas saludables. Cuadro

Ley N° 5969/2010:

"***ARTICULO 1º.*** ***-*** *Toda persona física o jurídica que comercialice en la Provincia bicicletas, ciclomotores, motocicletas u otros similares, equipará y entregará cada unidad con:*

a) *Todos los elementos de seguridad establecidos en las normas de tránsito;*
b) *Al menos un casco normalizado;*
c) *Una bandolera o chaleco reflectivo.*"

"***ARTICULO 4º*** ***.*** ***-*** *Para circular por la vía pública, las bicicletas, ciclomotores y motocicletas, deberán contar con todos los elementos de seguridad establecidos por las normas de tránsito.*
-
Sus ocupantes, utilizarán en todo momento los cascos reglamentarios correctamente colocados y vestirán bandoleras o chalecos reflectivos.
El uso de bandolera o chaleco reflectivo es obligatorio en todo momento cuando se conduzcan animales o vehículos de tracción a sangre por la vía pública."

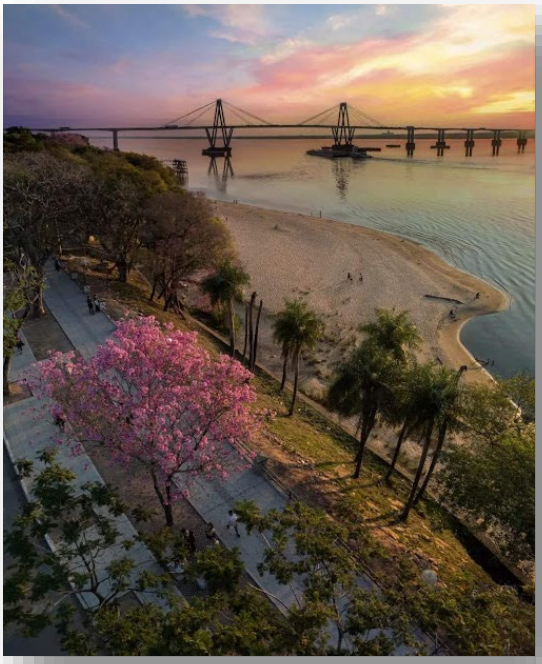
5.***Cuadro 5:*** *Extracto de la ley Nº 5969 de la Provincia de Corrientes que regula algunos aspectos que hacen a la seguridad de quienes circulan en la vía pública en bicicletas, ciclomotores, motocicletas y otros similares.*[27]

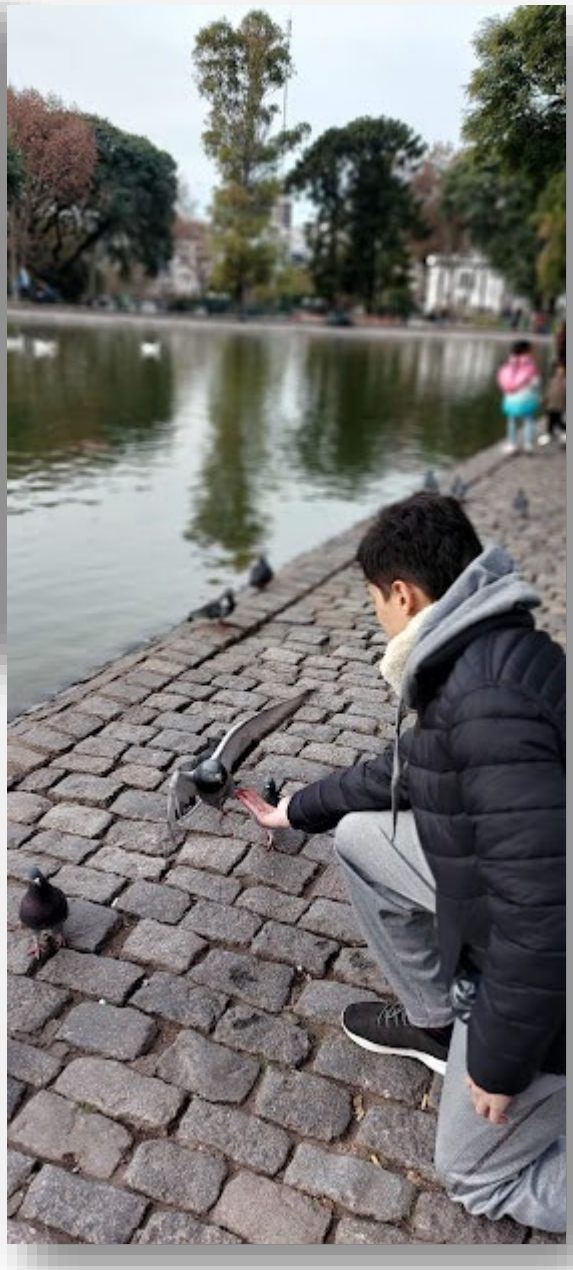


"Nuevas máquinas expendedoras de frutas en Bs. As.
El gobierno porteño ubicó dichas máquinas en los puntos de cuidado y promoción de la salud, en diferentes zonas de la capital argentina. La idea es fomentar una alimentación más saludable."

El Tribuno 23 de octubre de 2014
http://www.eltribuno.info/nuevas-maquinas-expendedoras-frutas-bs-as-n457242

2. **Creación de ambientes favorables** Debe evaluarse, sistemáticamente, el impacto sobre la salud de los cambios que se generan en el medio ambiente, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los





efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte delas prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.*"El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.*"[25]

3. Reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud requiere la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones y elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.



"El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud"

(Declaración de ALMA ATA, septiembre de 1978)
http://www.phmovement.org/es/node/853

4. Desarrollo de las aptitudes personales para con la salud - educación sanitaria

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social, en tanto

proporcione información, educación sanitaria y medios para que los sujetos perfeccionen aptitudes que les permitan un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opten por todo aquello que propicie la salud. Deben participar, en este sentido, escuelas, hogares, lugares de trabajo y el ámbito comunitario.

La **educación para la salud** aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Glosario OMS 1998.





La población no sólo debe adquirir conocimientos, aptitudes e información que la prepare para las diferentes etapas de la vida. También tiene que tener la oportunidad de elegir estas opciones saludables.

ACTIVIDAD 1: Reflexione y responda para charlar en clase
¿Cómo se promociona la salud en su localidad de origen?



5. **Reorientación de los servicios sanitarios**
6. Los servicios sanitarios, los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez ayor en la promoción de la salud de modo que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben respetar las necesidades culturales de los individuos, favorecer una vida más sana de las comunidades y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

"La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud."[21]

La organización y actitud de los servicios de salud deben cambiar y reorientarse de modo tal que respondan a las necesidades del individuo como un todo, y presten mayor atención a la investigación sanitaria y la formación profesional.

¿Qué es la **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD?**

Prevenir es el acto por el cual se intenta evitar que algo suceda. Es anticiparse a aquello que se sabe tiene probabilidad de ocurrir. En el ámbito de la salud se trata de:

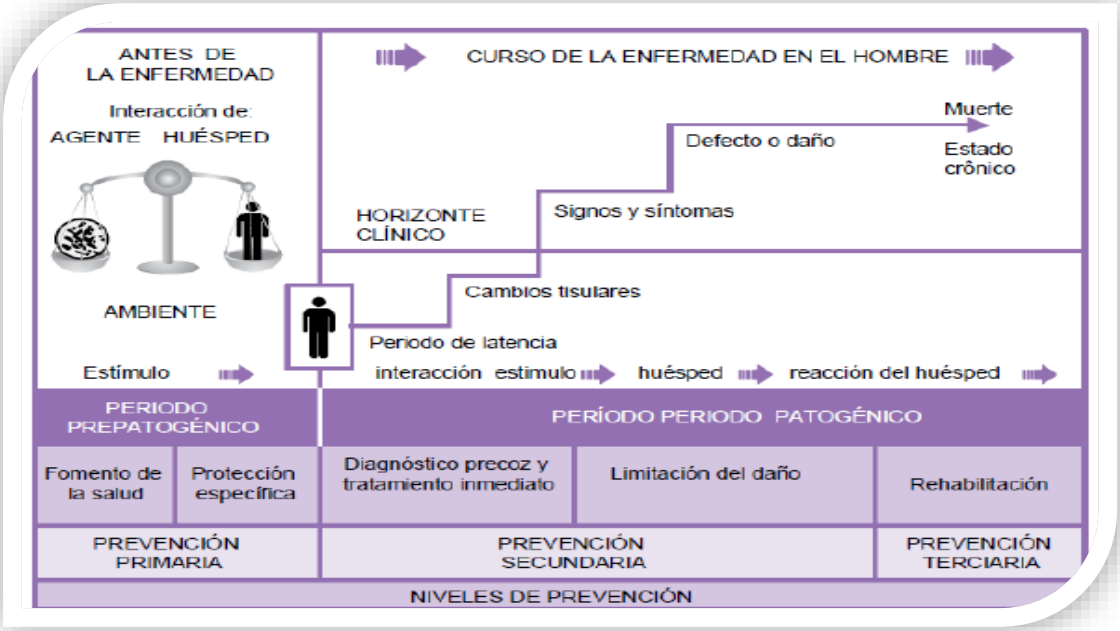
***"Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida"*[26]*.* **(OMS, 1998).**

Medidas de prevención e HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Es la evolución que sigue la enfermedad en ausencia de intervención médica, desde antes que ésta se inicie, hasta su resolución, en recuperación, cronicidad o muerte.

Leavell y Clark, en 1965, crearon el modelo de la historia natural de la enfermedad relacionándolo con los niveles de prevención. La representación gráfica del proceso se observa en la figura 7,

Figura 7: *Historia natural de la enfermedad. Fuente: OPS (2011)*[19].



Se identifican 2 (dos) períodos, el prepatogénico y el patogénico.

Periodo prepatogénico: Se establece previo a la enfermedad. Coexiste un equilibrio en la Tríada Epidemiológica (Figura 2). En este período interaccionan el agente potencial de la enfermedad, el huésped y el medio ambiente:

- **AGENTE:** Factor que está presente para la ocurrencia de una enfermedad. Por lo general, un agente es considerado una causa necesaria pero no suficiente para la producción de la enfermedad.

  Puede ser de dos tipos:

  - **Biológicos:** Son organismos vivos capaces de producir una infección o enfermedad en el ser humano y los animales. Incluye virus, bacterias, hongos, parásitos, priones. De éstos, se estudia composición química, morfología, antigenicidad, vulnerabilidad, infectividad, patogenicidad, entre otros.
  - **No biológicos:** Según su naturaleza, pueden ser **químicos,** por ejemplo**, p**esticidas, aditivos de alimentos, etc.; o **físicos**, por ejemplo, Luz, calor, ruido, etc.

- **AMBIENTE:** Conjunto de circunstancias o factores físicos y biológicos que rodean a los seres vivos y que propicia el enlace entre el agente y el huésped. En el ambiente se estudian factores físicos (clima, geografía), socioeconómicos (ingreso, vivienda), biológicos (presencia de animales), etc..

- **HUÉSPED** Persona o animal vivo que, en circunstancias naturales, permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. Del huésped se estudian variables como: Edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, hábitos y costumbres, características hereditarias, condiciones fisiológicas, enfermedades preexistentes, etc.

Período patogénico, es aquel donde se presenta la enfermedad, se rompe el equilibrio en la tríada epidemiológica una vez realizado un estímulo efectivo. Se subdivide en los siguientes períodos:

- **Período subclínico:** el paciente aún no percibe síntomas y signos, pero ya pueden aparecer lesiones anatómicas o funcionales. Según sea la enfermedad infecciosa o no infecciosa, se distinguen:
- **Período de incubación:** el intervalo de tiempo que transcurre entre la exposición a un agente infeccioso y la aparición del primer signo o síntoma de la enfermedad transmisible.
- **Período de latencia:** el tiempo que transcurre desde que en la persona se produce la infección hasta que ésta se vuelve infecciosa.

  En el caso de las enfermedades no trasmisibles, este mismo término (período de latencia), describe el tiempo que transcurre durante el desarrollo de la enfermedad subclínica hasta la presentación de signos y síntomas.

Período clínico: en él, los signos y síntomas sobrepasan el umbral de detección y la enfermedad se hace aparente.

El momento en el que aparece la primera manifestación clínica (signos/síntomas) de la enfermedad se denomina **Horizonte clínico**.

Un individuo (o animal) infectado, que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar síntomas o signos clínicos de ésta, se llama PORTADOR y constituye fuente potencial de infección para el ser humano, agravado por el hecho de que, al no darse cuenta de la presencia de la infección, el portador no tomará las medidas necesarias para prevenir la transmisión de la enfermedad a otras personas, contribuyendo a la permanencia y propagación de la enfermedad. Por ejemplo, la persona portadora del VIH puede permanecer asintomática por años. Los análisis de rutina para detectar la enfermedad

(Anticuerpos anti – HIV), permanecen indetectables por semanas en el sujeto infectado (período ventana). Figura 8.

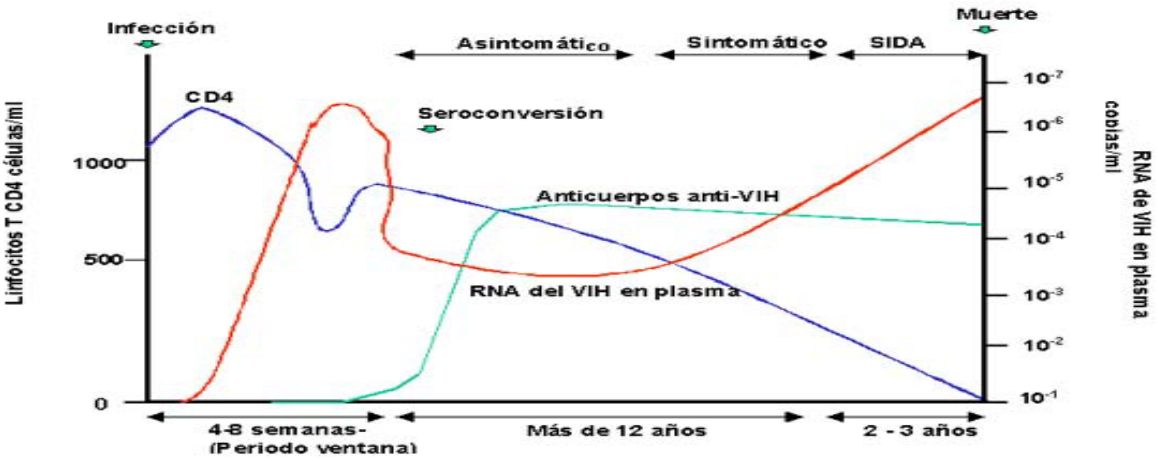


Figura 8: *Normalidad y estado de salud: Historia natural de la enfermedad por infección por VIH.* (Imagen extraída de Vázquez Campuzano, R. Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH).[23]

¿PUEDE EL SER HUMANO HACER ALGO PARA MANTENER LA SALUD O, EVITAR LA ENFERMEDAD?

Las medidas de prevención están íntimamente relacionadas al modelo de Leavell y Clark dependiendo del momento en que se manifieste o no la enfermedad.

- En el período prepatogénico se desarrollan las actividades de prevención primaria de la enfermedad orientadas a la promoción de la salud y protección específica.
- En el período patogénico se enfocan las actividades orientadas en la prevención secundaria como son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño y la prevención terciaria se enfoca en las actividades de la rehabilitación de la persona.

Pueden llevarse adelante acciones individuales y colectivas para mantener la salud o evitar la enfermedad. Sin embargo, vivimos expuestos a diversos factores que pueden intervenir, favorable o desfavorablemente, sobre la salud.

Según el **Modelo de Componentes Causales**[23] - modelo de multicausalidad que se aplica a todo tipo de enfermedades (Rothman, 1981), la enfermedad es producida por un conjunto mínimo de condiciones que actúan en concierto.

A todas las posibles condiciones o eventos se les denomina **causas componentes**, que pueden jugar un rol en uno o más mecanismos causales. Aquella causa componente cuya presencia es imprescindible en todos los mecanismos causales de la enfermedad se le llama **causa necesaria**.

Al conjunto mínimo de condiciones (Causas componentes) que actúan en concierto y producen la enfermedad se le denomina **causa suficiente**. Una enfermedad puede tener varias causas suficientes, cada una "suficiente" para producirla.

¿Qué es el FACTOR DE RIESGO de una enfermedad?



Un **factor de riesgo** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Sin embargo, los factores de riesgo no son factores causales y no son suficientes para el desarrollo de la enfermedad.

Ejemplos de factores de riesgo:

-tabaquismo

-Alcoholismo

-consumo de sustancias psicoactivas

-sedentarismo

-obesidad

NIVELES DE PREVENCIÓN

Existen tres niveles de prevención, según el momento de la historia natural de la enfermedad en el que se realicen las actividades **preventivas**: primaria, secundaria y terciaria. En 1986 el médico belga Marc Jamoulle, médico familiar propone el concepto de prevención cuaternaria, definiéndola como: *"las medidas adoptadas para identificar a los pacientes en riesgo de un exceso de medicación, para protegerlo de una nueva invasión médica, y sugerirle solo intervenciones éticamente aceptables"*[28]. Figura 10.

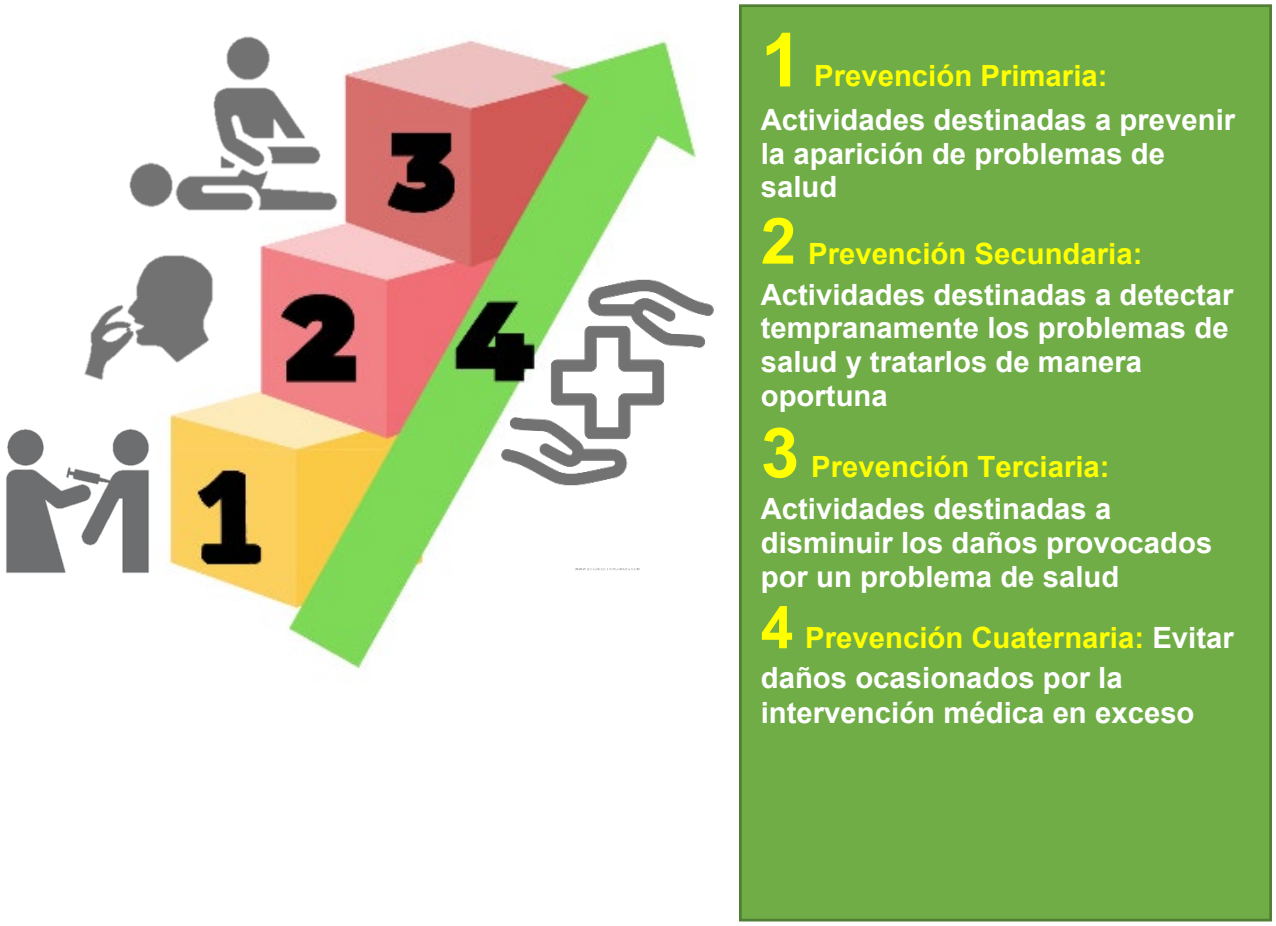


***Figura10**: Niveles de prevención.(fuente propia)*

PREVENCIÓN PRIMARIA (PP)

Caracterizada por acciones realizadas antes de que la enfermedad se presente. Su objetivo es reducir la incidencia del problema de salud en la población, detectando y neutralizando las condiciones que implican riesgo, a fin de evitar que el individuo se enferme.

Ejemplos de medidas de PP son:

- Lactancia materna: previene la desnutrición infantil y algunas enfermedades infecciosas.
- Vacunación infantil
- Alimentación saludable
- Ejercicio físico regular

- Uso de elementos de higiene y bioseguridad



"Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes"[27]

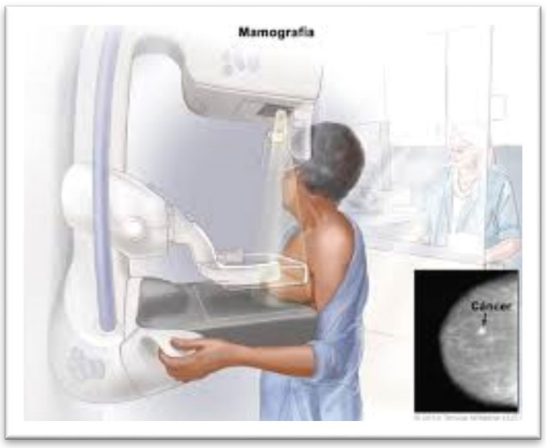
PREVENCIÓN SECUNDARIA (PS)

Comprende el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Se realiza cuando la enfermedad ya está presente. La PS actúa cuando la PP no ha existido o ha fracasado. Su objetivo es disminuir las consecuencias que trae aparejada la enfermedad y reducir la morbimortalidad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones radiológicas, etc.) que ofrece el sistema sanitario para detectar una enfermedad. Los cribados pueden ir dirigidos a la población general o a algún grupo que, por sus características personales, sea considerado de riesgo. Las pruebas de cribado que se utilizan en la detección precoz de una enfermedad son, generalmente, muy sensibles porque interesa detectar todos los casos posibles. Esto implica que darán muchos falsos positivos y que, posteriormente, estos sujetos tendrán que

someterse a una prueba más específica, con el fin de confirmar el diagnóstico.

Ejemplos de medidas de PS son:

Mamografía y Papanicolaou (PAP), que detectan la enfermedad (en este caso, el cáncer) antes de que sea clínicamente evidente. Ninguna de las dos maniobras evita la enfermedad, sin embargo, la detección y el tratamiento temprano disminuyen la morbimortalidad y el número de complicaciones.





Pruebas de pesquisa neonatal: Estudios realizados a recién nacidos para el hallazgo oportuno de problemas de salud.
Fuente: Hospital Garrahan, Buenos Aires Argentina

PREVENCIÓN TERCIARIA (PT)

Las actividades de PT están dirigidas a la rehabilitación de los daños ocasionados por un problema de salud.



Buscan enlentecer la progresión de la enfermedad y, con ello, evitar la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes y su integración a la comunidad. Ejemplo de PT: Realización de ejercicios de fortalecimiento muscular en pacientes que sufrieron ACV (accidente cerebrovascular).

PREVENCIÓN CUATERNARIA (PC)

Las actividades de PC están dirigidas a identificar un paciente o una población en riesgo de supermedicalización, protegerlos de una intervención médica invasiva y sugerir procedimientos científicos y éticamente aceptables.[29]

Es la prevención de los daños ocasionados por la prevención, dado que la prevención no necesariamente es inocua. Todo acto médico conlleva riesgos, y en ocasiones efectos indeseables y hasta potencialmente peligrosos. Las medidas preventivas deben conllevar un beneficio claro para el individuo, sobre todo cuando se trata de población sana. Por ejemplo, realizar estudios "por las dudas" pueden llevar a falsos positivos y éstos desencadenar una cascada de estudios diagnósticos, algunos de los cuales pueden ser invasivos y no carentes de complicaciones, en pro de esclarecer el diagnóstico. Por otra parte, esta situación puede consumir recursos en personas sanas, a expensas de quienes realmente necesitan los estudios, sobrecargando, por ejemplo, en el ámbito de la salud pública, servicios de diagnóstico por estudios solicitados innecesariamente.[30]

Entonces:

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y/o paliar el daño provocado en los pacientes por la intervención médica.

Toda actividad médica acarrea, en mayor o menor medida, la posibilidad de dañar al paciente. La decisión de aplicar una prueba diagnóstica, prescribir un medicamento, indicar una intervención quirúrgica u observar sin intervenir depende del balance entre el beneficio y el daño.

Prevención Cuaternaria y medicalización

Se define como *medicalización* la transformación de situaciones que son normales en procesos patológicos y la pretensión de resolver con la medicina cuestiones que son sociales, profesionales o concernientes a las relaciones interpersonales.

La medicalización adopta varias formas: se restringen los límites de la normalidad; se corren los puntos de corte para el diagnóstico, lo que posibilita el ingreso de millones de personas en el mundo de los enfermos: nuevos procesos se tornan pasibles de intervenciones médicas muchas veces de dudosa eficacia y se transforman los factores de riesgo en enfermedades.

Esta medicalización del ser humano es sobre todo evidente en situaciones como la menstruación, el embarazo o la vejez, los cuales son considerados problemas de salud cuando en realidad son procesos fisiológicos normales que no ameritan intervenciones médicas excesivas.

Prevención cuaternaria y la Ley de Cuidados Inversos

La medicalización de la vida y la persecución ilimitada de la prevención a cualquier costo generan la exposición de gran parte de la población a riesgos innecesarios, mientras que otra gran parte carece de recursos esenciales bajo el imperio de la ley de los cuidados inversos que hace que ***muchos reciban cuidados que no necesitan y dañan en tanto otros no reciben los necesarios que pueden beneficiarlos***. Por ejemplo, las capas medias y altas de la sociedad reciben cuidados que no necesitan y pueden dañar, mientras que las capas desfavorecidas de la sociedad mueren por cáncer de cuello.

Los daños de la prevención excesiva

Existen varias formas de daños ocasionados por la excesiva aplicación de medidas de prevención primaria, secundaria o terciaria. Entre ellas destacan: el sobrediagnóstico, los falsos positivos y el síndrome de Ulises

El sobrediagnóstico

Es el diagnóstico de una enfermedad que nunca causará daño ni la muerte del paciente si estuviese librada a su evolución.
Muchas veces, pacientes y médicos creemos en la común frase: *"menos mal que se hizo a tiempo"*. Y en rigor de verdad, gran cantidad de veces solo se hizo daño con las mejores intenciones de brindar buena atención.

Un buen ejemplo de sobrediagnóstico es aquel en el que el PAP para el rastreo de cáncer de cuello uterino es iniciado muy tempranamente, seguido hasta edad muy avanzada y realizado a intervalos muy frecuentes, lo que acarrea más daños que beneficios. En el caso de cáncer de cuello uterino también suele verificarse la ley de cuidados inversos.

Los falsos positivos

Se trata de la falsa alarma de una prueba diagnóstica. El resultado de dicha prueba es anormal; sin embargo, los estudios posteriores confirman que la persona no estaba enferma.
Los daños derivados de los falsos positivos se relacionan con la ansiedad, el temor, las molestias de las pruebas diagnósticas, pero finalmente la situación suele aclararse y el paciente es reasegurado.
Otros daños vinculados con los falsos positivos son los efectos adversos de los procedimientos que se realizan como consecuencia del resultado positivo. Estos efectos incluyen dolor, radiaciones, riesgos por la anestesia, entre otros. El sobrediagnóstico es poblacional, el falso positivo es individual.
En el sobrediagnóstico, el paciente es rotulado y tratado por una enfermedad porque no se puede discriminar si será una enfermedad de curso indolente o no; en el caso del falso positivo, la persona es reasegurada y considerada sana.

El síndrome de Ulises

Se denomina síndrome de Ulises al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica. En estas circunstancias, es altamente probable que las sucesiones de pruebas diagnósticas arrojen resultados falsos positivos que generan cascadas diagnósticas o intervenciones terapéuticas con costos y riesgos, con sufrimientos y daños.

El caso de Jimmy



"Jimmy se cayó y se golpeó la cabeza. Su madre pensó que no habría mayores consecuencias, pero la abuela del niño le dijo que lo llevara a un médico. El profesional pensó que era improbable que tuviese una fractura, pero, para estar más seguro, le solicitó una radiografía de cráneo y cuello. No se encontró ninguna fractura, pero, en las placas de columna cervical, se alcanzaba a visualizar, en la clavícula, un hueso anormal. Después de una serie de análisis de sangre que no dieron ninguna anormalidad, los padres llevaron a Jimmy a un cirujano ortopédico que pensó que el hallazgo podría ser una variante normal. Pero, debido a que no estaba totalmente seguro y a que la familia estaba muy preocupada por la posibilidad de que el niño tuviese un cáncer, se efectuó una biopsia. El patólogo, quien tenía más dificultades en el análisis de las muestras de tejido óseo que con otros tejidos, informó que se trataba de un defecto cortical fibroso benigno. El chico, sin embargo, se cayó en el piso resbaloso de la casa y se fracturó la clavícula en el área que estaba debilitada por la biopsia".

Los pacientes con síndrome de Ulises usualmente comienzan sanos o con enfermedades relativamente poco importantes para luego de una larga travesía con investigaciones y tratamientos muchas veces peligrosos, tras experimentar un sinnúmero de desventuras, finalmente (aunque no siempre) vuelven al punto de partida (aunque con las consecuencias del padecimiento de su odisea).

Algunas medidas de prevención cuaternaria.

1) Menos, es más

Existe una creencia generalizada acerca de que más estudios diagnósticos, más visitas al médico, más servicios sanitarios equivalen a más salud. Pero ya se ha comentado que toda actividad sanitaria puede acarrear daños. Y el exceso de actividad puede acarrear daños importantes.

Nos referimos a prácticas para las cuales hay consenso acerca de que los daños superan los beneficios.

No, que son costosas; no, que la tecnología es compleja, si, que hacen daño.

En este sentido, son muchas las Sociedades Científicas que han comenzado a

trabajar en delinear prácticas que deben ser discontinuadas por inútiles o peligrosas. En la tabla 1 se pueden ver algunas de las prácticas que diversas sociedades científicas han sugerido no realizar, si bien, como ya se ha comentado, discontinuar las prácticas no parece ser sencillo. Requiere, entre otras cosas, transparencia y comunicación con los pacientes. La limitación en los estudios complementarios puede ser vivida con sospecha de recorte en los servicios por razones espurias si no va acompañado del esclarecimiento correspondiente.

2) Principios de prescripción conservadora/desprecripción

Diversas investigaciones han propuesto:

-Pensar más allá de los medicamentos. Por ejemplo, considerar la terapia sin fármacos, pues hay abundante literatura que apoya iniciarla con medidas no farmacológicas en casos como hipertensión, diabetes, insomnio, dolor de espalda, artritis y dolor de cabeza.

- *Practicar prescripciones más estratégicas* (diferir el tratamiento no urgente, evitar cambios no justificados de medicamentos, ser prudentes acerca de usos no probados de medicamentos, y comenzar el tratamiento con un solo fármaco nuevo a la vez).

- *Mantener una alta vigilancia en relación con los* efectos adversos (sospechar reacciones por los fármacos, ser conscientes de síndrome de abstinencia y educar a los pacientes a anticipar las reacciones).

- *Ejercitar la precaución y el escepticismo con los fármacos nuevos* (buscar fuentes de información no sesgadas, esperar hasta que los fármacos lleven suficiente tiempo en el mercado; ser escéptico acerca de las variables subrogadas en lugar de los verdaderos resultados en salud; evitar el estiramiento imaginario de las indicaciones; evitar la seducción por una elegante farmacología molecular; tener cuidado con los informes selectivos de los ensayos clínicos).

- *Trabajar con los pacientes para una agenda compartida* (y no ceder automáticamente a los fármacos que solicitan; considerar la no adherencia antes de añadir más fármacos al régimen; evitar reiniciar fármacos que no tuvieron éxito previamente; discontinuar el tratamiento con fármacos innecesarios, y respetar las reservas de los pacientes acerca de los fármacos).

- *Considerar los impactos más amplios y a largo plazo* (sopesar los resultados a largo plazo y darse cuenta de que la mejora de los sistemas y la organización pueden superar los beneficios marginales de los nuevos fármacos).

Se debe tener en cuenta que es mejor prevenir que curar, siempre y cuando la intervención preventiva haga menos daño que la intervención curativa, y hay que tener presente que las cascadas diagnósticas son inevitables excepto en su origen. Es allí donde deben detenerse.

3) Medicina centrada en la persona

Existen algunas habilidades que pueden contribuir a desmedicalizar la consulta y pueden, de alguna manera, contribuir a la prevención cuaternaria. Algunas de estas herramientas son:

- Fomentar la alianza terapéutica: mediante la confianza y el compromiso y objetivos compartidos a través de un modelo centrado en el paciente.

- Evitar la focalización sintomática.

- Practicar una escucha activa y empática.

- Abrir el mapa de quejas y delimitar la demanda: ¿hay o no expectativa por parte del paciente de que le demos una solución? A veces el paciente solo comparte un malestar o busca aprobación.

- Reconocer la normalidad: informar con veracidad, psicoeducar y recomendar medidas de autocuidado siempre que sea posible.

- Informar sobre la naturaleza del problema: proponer un plan de acción terapéutica, ajustar expectativas, involucrando al paciente en la toma de decisiones.

- Reconocer y compartir la incertidumbre.

Por último, debemos familiarizarnos con la “desprescripción”. Hay que revisar periódicamente la pertinencia de la medicación que toman los pacientes. Esto es especialmente relevante como estrategia de prevención cuaternaria en los ancianos. Se estima que 1 de cada 5 fármacos prescriptos en pacientes de edad avanzada es inapropiado.

Conclusiones

La prevención cuaternaria es un término relativamente nuevo para el viejo “primero no dañar”. Hace referencia al repertorio de actividades con que debemos contar a fin de limitar y paliar los daños potenciales del sistema sanitario.

Para ello debemos, en primer lugar, ser conscientes de dicho daño. En todas, todo el quehacer médico. Especialmente en las actividades llevadas a cabo con las poblaciones sanas en las cuales el principio “primero no dañar” cobra una dimensión particular.

Se debe tener en cuenta que es mejor prevenir que curar siempre y cuando la intervención preventiva haga menos daño que la intervención curativa, y hay que tener presente que las cascadas diagnósticas son inevitables excepto en su origen. Es allí donde deben detenerse.

Ejemplos de PC:

- Evitar solicitar mamografías innecesarias a mujeres menores de 40 años
- Evitar la polifarmacia en adultos mayores
- Evitar realización de Papanicolau (PAP) en menores de 21 años



ACTIVIDAD: Investiguen y respondan para charlar en clase:

¿Cuándo está indicada una mamografía en mujeres?
¿Qué es la polifarmacia? ¿Tu abuelo/a o alguna persona mayor que conozcas está sometido/a a una polifarmacia según este criterio?
¿A partir de qué edad está recomendado el PAP en mujeres? ¿Por qué no antes de esa edad?

BIBLIOGRAFÍA

1. Alzugaray, R. (2008*):* Ramón Carillo, el fundador del sanitarismo nacional. 1ra. Edición. Ediciones Coligue. Buenos Aires. Pág. 64.
2. Ministerio de Salud de la Nación (S/F): Curso en salud social y comunitaria. Programa de médicos comunitarios. Módulo 1, 17-26. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf
3. Vergara Quintero, M. D. C. (2007): Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf
4. Madrid, L. (2011). Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *KAIROS*. Revista de Temas Sociales. Año 15. N°28. Proyecto Culturas Juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Recuperado de http: // www. revistakairos.org.
5. Kornblit, A. L. y Mendes Diaz, A. M. (2000): La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Grupo Editor Aique. Capital Federal. Recuperado de http://www.cucaicor.com.ar/datos/KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf
6. FLACSO Módulo 1. PARTE 1. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales**.** Recuperado de http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
7. Camejo Ramos, L. P., Valdés Sierra, I. (1016). Sociedad y medicina: Paradigmas médicos en las coordenadas de la modernidad. *Panorama Cuba y Salud, 11* (1), 40-46. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477355397007
8. OMS. Preguntas más frecuentes. Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/
9. Bello, N. (2006) "Fundamentos de enfermería". Parte 1. Capítulo IV. Proceso salud-enfermedad. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
10. Engel, G. L. (1989). The need for a new medical model: a challenge for

biomedicine. *Holistic Medicine*, *4*(1), 37-53. Recuperado de http://www.newriver.edu/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Need%20for%20a%20New%20Medical%20Model%20%20A%20Challenge%20for%20Biomedicine.pdf

11. Battistella, G (2007). Salud y enfermedad. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43904731/Salud_y_enfermedad.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476231735&Signature=at8keEeiUz7Tz%2BlL4oEKQY9R89I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSALUD_Y_ENFERMEDAD.pdf7. Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Citado por Alcántara Moreno, G. (2008).
12. Valadez Figueroa, I.; Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004): Educación para la Salud: La importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo de 2004. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
13. Lindeman, M. (2005): Salud y enfermedad: Noción de salud y enfermedad en Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800. Edit Siglo XXI-España editores - Cap 1. 2-3.
14. Aguirre del Busto, R.; Macías Llanes, M. E. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Rev Hum Med*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001&lng=es.
15. Ciuffolini, M.; Jure, H. y Didoni, M. (2014): Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un enfoque integral en salud. 2da. Edición. SIMA Editora. Córdoba, Argentina. 12-13.
16. Kleinman, A. (1980) citado por Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf

7. Good B, Good MJ. (1982) citados por Moreno Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, *49*(1), 63-70. Recuperado en 07 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
8. Alcántara Moreno, G. (2008), La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación. 9*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004> ISSN 1317-5815
9. OPS (2011): Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. 22—23. Washington, D.C.
10. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles
11. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Estad%C3%ADstica%20Internacional%20de,OMS)%20a%20partir%20de%201994.
12. https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)
13. http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html).
14. Guerrero, L y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM Mérida* - Venezuela - AÑO 18 - Nº 53. 610-633.
15. OMS: Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986). Ginebra. Recuperado el 29 de diciembre de 2016 de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
16. http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/
17. www.hcdcorrientes.gov.ar/Leyes-texto/Ley5969.doc OMS (1998) y Colimón (1978), citados por Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011): Niveles de atención,

de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 07 de febrero de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

18. Pandve, H. T. (2014). Quaternary prevention: Need of the hour. *J Family Med Prim Care*, *3*, 309-310, citado en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-prevencion-cuaternaria-S2007408515000567
19. Kopitowski, K. (2013). Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Ital. 33* (3), 90-95. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8937.pdf
20. https://cmmsa.com.ar/wp/prevencion-cuaternaria-un-termino-nuevo-para-un-viejo-concepto/
21. Pérez Jarauta, M., Echauri Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E. y Chocarro San Martín, J. (2006). Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Recuperado de https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf
22. https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf

Imágenes:

- https://www.pinterest.ch/pin/607493437221680694/
- https://www.efadeporte.com/blog/deporte-y-salud/ejercicio-fisico-bienestar
- https://respuestas.tips/por-que-se-debe-estornudar-sobre-el-brazo/
- https://www.trenquelauquen.gov.ar/la-ciudad/deportes/plazas-saludables/
- www.cancer.gov
- https://es.slideshare.net/lespas08/rehabilitacin-despus-de-un-acv