

CAPÍTULO 6

Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde

Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández

Introducción

Estructura y función del sistema sanitario

Los sistemas sanitarios son el resultado de la suma y coordinación de instituciones y organizaciones públicas y privadas con el mandato de mejorar la salud de individuos y poblaciones en el marco político e institucional de cada país¹; es decir, los sistemas sanitarios tienen por objetivo “producir salud” a partir de los servicios prestados por determinadas instituciones y organizaciones.

Si bien “producir salud” es un término elusivo y discutido, en este texto aceptaremos que el sistema sanitario cumple sus objetivos si contribuye a disminuir el sufrimiento y la mortalidad sanitariamente evitables. Por ejemplo, mediante la administración de la vacuna evitar que un paciente desarrolle tétanos, con el uso de analgésicos impedir que un paciente muera con dolor incoercible, con una “escucha activa” evitar el uso de medicamentos y un buen resultado en un paciente con depresión menor, lograr con la organización adecuada que los pacientes con insuficiencia cardíaca reciban cuidados apropiados a domicilio (según la necesidad biológica y sociológica) o evitar que el uso incorrecto de antidepresivos conlleve el aumento de los suicidios entre los jóvenes. Como se ve por los ejemplos, es clave que el sistema sanitario cumpla sus fines sin provocar daños; es decir, tan importante es disminuir el sufrimiento y la mortalidad sanitariamente evitables como no generar daños innecesarios en el cumplimiento de estos objetivos.

En las sociedades desarrolladas existe un acuerdo por el que se acepta que, en último término, el Estado es responsable de que el sistema sanitario produzca salud mediante cursos de acción que la protejan (establecer y hacer cumplir la legislación que evite daños), la promuevan (desarrollar actividades que lleven a mejorar la salud), prevengan la enfermedad y el sufrimiento (evitar el desarrollo de enfermedades y diagnosticarlas en fases preclínicas) y presten cuidados a los enfermos (atender los signos y síntomas de las enfermedades, procurar su menor impacto e incluso curar, promover la rehabilitación y ayudar a bien morir)².

El objetivo es disminuir el sufrimiento y la mortalidad sanitariamente evitables; es decir, evitable en el sentido de “sensible” a la actuación del sistema sanitario dado un contexto determinado.

La salud, como el sistema sanitario, es expresión de una cultura, y de una situación dada en el tiempo, en la geografía y en la historia y por ello los sistemas sanitarios no existen en el “vacío”. El sistema sanitario suele concentrarse en la prestación de servicios en dos campos de los cuatro señalados, el de la prevención y el de la atención clínica. Pero, incluso en estos dos casos la actuación del sistema sanitario nunca es aislada, sino que se suma a un necesario contexto. Incluye, como ejemplo, la participación del paciente y de la familia en el proceso terapéutico.

El impacto en salud de la prestación de servicios sanitarios

En la atribución de responsabilidades y en la asignación de presupuestos es central la noción de que la salud no es un derecho, sino una situación que depende básicamente de la herencia genética del individuo y del contexto sociocultural en que se desarrolle y viva. Nadie tiene “derecho” a la salud, como no tiene derecho, por ejemplo, ni a la belleza, ni a inteligencia, ni al amor, ni a la felicidad, ni a la bondad. El individuo y las poblaciones no tienen derecho a la salud pero sí tienen derecho a la protección, promoción, prevención y atención clínica, que terminan “produciendo” salud.

En la producción de salud el sistema sanitario tiene un campo específico, muy valioso, pero limitado a determinadas condiciones “sensibles”. De hecho, se produce más salud desde otros campos, como por ejemplo la educación formal, la justa redistribución de la riqueza, la efectiva implantación de la democracia y de la transparencia en el gobierno público, el ejercicio de una profesión/trabajo en condiciones aceptables y el acceso a vivienda digna con agua potable y sistemas de depuración de los residuos.

El campo específico del sistema sanitario es limitado pero central. Basta pensar, con tres ejemplos, en las poliomielitis evitadas con la “simple” vacuna, en las consecuencias que se derivarían de no poder intervenir para eliminar las cegueras provocadas por cataratas, y en el dolor que no evitaría el uso de analgésicos “larga mano” para ayudar a bien morir. Las condiciones y eventos “sensibles” a los servicios sanitarios son relevantes para la sociedad, la población y los individuos, y de ahí la importancia de la actividad apropiada del sistema sanitario.

El impacto en salud del sistema sanitario es crucial para el individuo y para las poblaciones pues, como seres sociales, el sufrimiento nos afecta sea propio o ajeno. Por ello la intervención aceptada del Estado en el sector salud y el desarrollo de sistemas sanitarios de financiación pública en todos los países desarrollados del mundo (con la notable excepción de los EE.UU.).

La visión planteada, de servicio sanitario como conjunto de instituciones y organizaciones con un mandato de producir salud, y la salud como bien no garantizable, limita y concreta conceptos que pueden ser muy vagos si se engloba en sistema sanitario todo aquello que “produce salud” y si se considera la salud como un derecho. Los conceptos vagos llevan a debates grises, y hasta a la ceguera personal e institucional; conviene la concreción y el análisis según parámetros claramente definidos.

Además de acotar los conceptos, es importante ver los sistemas sanitarios como sistemas “complejos”, de forma que cambios en algunos de sus componentes o actividades producen cambios a veces inesperados y desproporcionados en otros componentes y actividades del mismo³.

Por todo ello comprendemos mal el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la interacción entre sus recursos, sus actividades y sus “productos”. Tal pobre comprensión se corresponde con una intervención escasamente fundamentada, y muchas veces de consecuencias imprevisibles (incluso negativas y hasta opuestas a las buscadas). Por ejemplo, sabemos poco sobre “qué” servicios producir (sobre todo, acerca de cómo hacer la selección de los más relevantes, cómo priorizarlos), “quién” los debería prestar (las responsabilidades de los distintos profesionales, y el más adecuado conjunto de las mismas, el *mix* profesional), “cuándo” prestar los servicios (en qué momento de la evolución de los problemas) y “dónde” prestarlos (el lugar, desde el domicilio del paciente al hospital universitario).

La toma de decisiones, la elección del mejor curso de acción en cada caso, debería buscar el cumplimiento de los objetivos del sistema sanitario sin generar daños adicionales. Es el viejo *primum non nocere*, que implica una actividad continuada de prevención cuaternaria. Esta evita la actividad innecesaria (pues nunca se compensan sus daños) y minimiza los daños de la actividad necesaria⁴.

Puesto que los sistemas sanitarios son sistemas complejos, y dado nuestro desconocimiento acerca de la interacción entre recursos, actividades y resultados (el producto), cabe la prudencia como norma, ante las innovaciones y ante la práctica aceptada. Por ello el lema debería ser “máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada en el momento adecuado y tan cerca del paciente como sea posible”.

Los objetivos del sistema sanitario

El sistema sanitario desarrolla cursos de acción que le llevan a cumplir con el papel asignado respecto a la salud, especialmente, prevenir la enfermedad y el sufrimiento (evitar el desarrollo de enfermedades y diagnosticarlas en fases preclínicas) y prestar cuidados a los enfermos (atender los signos y síntomas de las enfermedades, procurar su menor impacto e incluso curar, promover la rehabilitación y ayudar a bien morir). Lo repetimos, pues entre los objetivos del sistema sanitario no está el eliminar toda enfermedad, ni toda muerte, ya que ambas son componentes de la propia vida. Se incluye entre sus objetivos el *primum non nocere*, el evitar daños innecesarios, la prevención cuaternaria.

La prevención cuaternaria se ha convertido en objetivo prioritario al cambiar las condiciones de prestación de servicios. Las actividades son cada vez más variadas, más precoces, más potentes y se aplican a mayor población por más variados profesionales. Por ejemplo, el cáncer de cuello de útero es causa rara de muerte en España (unas 600 mujeres de un total de unas 180.000 muertes anuales femeninas). Hace 60 años todo lo que se hacía era diagnosticar y tratar a la mujer con metrorragia y cáncer. En la actualidad se realizan anualmente 10 millones de citologías, a las que se suman las conificaciones consiguientes y la vacuna contra el virus del papiloma humano⁵. La mortalidad ha cambiado poco pero los potenciales daños ligados a las intervenciones han aumentado. Conviene por ello la prevención cuaternaria.

Los objetivos del sistema sanitario se pueden resumir en la prolongación de la vida, la evitación de sufrimiento y la ayuda a morir con dignidad (sin añadir daños innecesarios). Es decir, el “producto en salud” del sistema sanitario se podría medir en estos tres campos. Por ejemplo, respectivamente, lograr la supervivencia en condiciones de vida que valga la pena vivirse de pacientes tras el cáncer de mama, aconsejar contra el tabaco de forma que

disminuyamos la prevalencia de la EPOC y facilitar que los pacientes puedan elegir el lugar de su muerte a sabiendas de que la calidad estará siempre garantizada. El cumplimiento exige considerar los daños provocados y evitar los innecesarios, así como la valoración económica de lo hecho y de las mejores alternativas.

Para cumplir los tres objetivos señalados el sistema sanitario cuenta con un presupuesto asignado y cerrado (en principio) cuyo destino aprueba en último término la sociedad. La aprobación social supone la aceptación de la renuncia al mejor uso alternativo de dicho presupuesto. Ello implica un enorme compromiso de todos los “actores” del sistema sanitario, especialmente para los médicos. No cabe subrogar toda la responsabilidad de un uso incorrecto del presupuesto en los políticos, gerentes y otros, ni tampoco en los pacientes y en la sociedad. Hay componentes de los objetivos que son casi de exclusiva responsabilidad médica. Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos atribuyen distinta gravedad y urgencia a casos similares con infarto de miocardio, lo que lleva a tiempos de espera mayores para los que pertenecen a la clase baja. Esa lista de espera injusta es responsabilidad exclusiva de los médicos en la asignación errónea de gravedad y de urgencia⁶.

En todo caso, los recursos finales para la prestación de los servicios son materiales, humanos, financieros y del conocimiento. Estos, del conocimiento, son los más valiosos y escasos. Su carencia explica que, en la práctica, gran parte de la actividad del sistema sanitario sea de pura inercia y que no se concentre en la consecución de los tres objetivos señalados. Lo que manda, muchas veces, es el presupuesto “histórico” y su cumplimiento sin gran evaluación. La situación puede llegar a ser tal que “los pacientes se conviertan en el combustible del sistema sanitario”. Es decir, el sistema sanitario pasa a tener por objetivo básico su propia existencia y actividad.

En sentido contrario, la actividad del sistema sanitario debería centrarse en lograr algo básico: prestar atención de calidad al 100% de los casos y situaciones que la precisan, y evitar la prestación de atención de cualquier calidad al 100% de los casos y situaciones que no la precisan⁷. Y ello habiendo definido la atención a prestar, los profesionales implicados, el momento de la actuación y el lugar de la misma.

Proponemos al lector que nos acompañe en un paseo por la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, para valorar las posibilidades de mejora de los cursos de acción que puede emprender el sistema sanitario cuando se empeña en cumplir con sus objetivos: la prolongación de la vida, la evitación de sufrimiento y la ayuda a morir con dignidad (sin provocar daños innecesarios). En este paseo las cuatro claves, las cuatro contraseñas, los cuatro santo y seña son: qué, quién, cuándo y dónde. De todo ello trataremos con varios ejemplos que entretengan el paseo y ayuden a pensar.

Del caso a la categoría en qué, quién, cuándo y dónde. Dos ejemplos: el aborto voluntario y la insuficiencia cardíaca

El aborto voluntario

El caso

Acude por primera vez a consulta una mujer búlgara de 26 años que lleva en España apenas tres meses. Vive con su esposo, trabajador a salto de mata en la construcción,

con formación de informático. Tienen dos hijos, una en Bulgaria, de 10 años, con la abuela materna, y otro de 2 años, que vive con ellos. No tiene antecedentes de interés excepto tabaquismo desde la adolescencia, y no trabaja fuera de casa. Su razón de consulta es la falta de la regla y la solicitud de aborto. Ha oído que lo cubre la Seguridad Social, pero también que hay un medicamento muy eficaz, que se puede comprar en el mercado negro. La paciente acude sola y se expresa con dificultad en español (“marido trabajando” dice, por ejemplo, para excusar su ausencia). En el curso de la entrevista queda claro que la paciente entiende el aborto voluntario como un método más de control de la natalidad, tal y como se practica en su país. Tras las pruebas pertinentes se comprueba que la amenorrea se debe al embarazo y se procede a la derivación para el programa de interrupción voluntaria del mismo. Además, el médico comenta a la mujer las cuestiones legales para el uso de medicamentos en el embarazo voluntario, sugiere métodos anticonceptivos varios y da cita con la enfermera para ampliar este servicio respecto a la fertilidad. También obtiene su permiso para ponerle en contacto con una compatriota que ya conoce a fondo el sistema sanitario español para que le sirva de traductora, guía y ayuda, tanto en el caso del aborto como en la contracepción y otros problemas de salud. Esta “agente de salud” coopera voluntariamente con la trabajadora social, y ambas encarrilan el caso. La paciente colabora y cumple con los trámites, pero tras el aborto vuelve a visitar al médico para hacerle constar que al final tuvo que acudir a una clínica privada, por los retrasos y barreras del programa oficial. Todo fue bien. Y dice en su media lengua “¡con fácil tomar medicamento en casa...!” El médico se promete hacer una sesión clínica sobre el aborto farmacológico.

La categoría

Visión general

Sabemos poco sobre la fertilidad humana, por más que sea un asunto relevante. Es relevante ya que la persistencia de la Humanidad tiene como factor limitante la capacidad de reproducción. Para el conjunto de la población es una cuestión de vida o muerte en que se admiten “variaciones”. También para el individuo hay variantes. Así, por ejemplo, desde la Antigüedad se ha admitido la existencia de “vírgenes” que por cuestión religiosa aceptaban la infertilidad voluntaria. Y, en sentido opuesto, por “exceso” de fertilidad es antiguo el arte de provocar el aborto voluntario, con métodos físicos y químicos de lo más variados y peligrosos. Es decir, la cuestión del rechazo del embarazo es tan común como el anhelo del mismo, y la intensidad de esa doble visión se demuestra bien en la aceptación por la sociedad y por la mujer de los inconvenientes de ambos problemas, el tratamiento de la infertilidad y el aborto voluntario.

Es importante hacer notar que el aborto (voluntario e involuntario) conlleva la conmoción femenina, interna y personal, en lo más hondo de su ser físico y mental. Pocas cosas hay que “remuevan” más las entrañas de la mujer, por más que el sistema sanitario sea muchas veces indiferente a este aspecto emocional. Si el aborto voluntario conmueve a la sociedad y a las profesiones sanitarias, más conmueve a la mujer (y conviene no olvidarlo). Además, el aborto voluntario es actividad sobre un proceso fisiológico, pues el embarazo no es enfermedad. Ello también lo hace especial, como la participación de un tercero que

puso el espermatozoide, y que muchas veces es persona que también decide respecto al proceso del aborto voluntario.

El aborto voluntario es cuestión social candente, pues conlleva decisiones en torno al origen de la vida, y en ello concierne a lo más profundo de la Humanidad, a su supervivencia como especie. Así, el aborto provoca reacciones encontradas y se ha prohibido en general, con lo que se convierte en problema de salud pública por la mortalidad materna consiguiente. Sirva de ejemplo Brasil a este respecto, donde existe una política de “supuestos” muy restrictiva y alta mortalidad por las complicaciones de los abortos ilegales. En sentido contrario, cuando se legaliza, el problema de salud pública se plantea por el exceso de uso, por su empleo como sistema de control de la natalidad, del estilo de lo que se refleja en el caso expuesto, en Bulgaria. En España costó establecer una ley de supuestos que justificaban legalmente el aborto voluntario, y costó pasar a una ley de plazos, por más que su implantación práctica no haya creado mayores problemas.

Del qué al quién, cuándo y dónde de una tacada

El “qué” respecto al aborto voluntario no ha sido fácil de definir. Es una cuestión mucho más que médica, como casi todas. El sistema sanitario tiene que dar respuesta a esta cuestión teniendo en cuenta la legislación. En este caso la definición de “qué” sea aborto voluntario es cuestión más política que científica, y los límites temporales fijados son limitaciones legales para la práctica clínica⁸.

Los médicos tendemos a ver el “qué” como una cuestión científica y aséptica, por más que eso no exista. Las cuestiones científicas son generalmente cuestiones políticas y culturales, a veces éticas y filosóficas, morales y religiosas. Bien se demuestra en el caso del aborto voluntario. En general el “qué” tiene connotaciones que van mucho más allá de la ciencia y de la profesión médica, como se demuestra también más adelante, con el ejemplo de la insuficiencia cardíaca. El “qué” supone al tiempo la selección de un problema y su definición, con la toma de decisión implícita acerca de su relevancia social y clínica. En un solo acto decidimos lo que se hará, descartamos otros problemas y otras opciones del mismo problema, y lo definimos. Es por ello clave que la sociedad y los profesionales veamos el “qué” en toda su importancia, pues del “qué” depende el cumplimiento de los objetivos del sistema sanitario. Dicen los economistas que no hay nada peor que hacer bien una cosa que no habría que hacer.

En la legislación española no se considera la posibilidad del aborto voluntario farmacológico en Atención Primaria. Tampoco se niega, pero claramente en la mente del legislador la imagen que primó fue la del quirófano, el especialista y la clínica privada. Es decir, en la legislación española sobre el aborto voluntario se define el qué, el quién, el cuándo y el dónde, por más que se refiera básicamente al “qué” y al “cuándo”. Lo que es peor, para la mayoría de los profesionales no hay nada raro en ese definir legal del conjunto de cuestiones que se refieren a la provisión de servicios. En cierta forma la legislación refleja un estado de opinión social y profesional que ve el aborto voluntario como cuestión del especialista en ginecología, ajena al médico general, especialista en Medicina de Familia.

En contra de la mejor opción

Las decisiones subyacentes a la legislación sobre el aborto voluntario conllevan un producto en salud “agresivo”, lejos del domicilio de la paciente, lejos del entorno natural de su

vida y actividad. No existe fundamento científico para tal decisión, que va contra el mejor interés de las pacientes y del sistema sanitario. El aborto farmacológico se puede realizar con condiciones finales de éxito lo mismo en el hospital/clínica que en el centro de salud y la casa de la paciente⁹.

De hecho, los escasos debates sobre el aborto voluntario con medicamentos no se refieren a cuestiones sobre seguridad, calidad, deseos del paciente y coste, sino que reflejan claramente el conflicto de intereses que suscita la propuesta de un aborto farmacológico, más cercano y humano, más científico y barato.

Convertir el aborto voluntario en una cuestión entre la mujer y su médico de cabecera sería la opción humana, científica y técnica más correcta, que puede asegurar la mejor atención al 98% de las pacientes. Por supuesto, se deben considerar los casos en que conviene directamente la atención por el ginecólogo, en la clínica o en el hospital, como sospecha de mola, infección o embarazo extrauterino, por ejemplo. Al señalar las excepciones acotamos el “qué” legal, asignamos otro “quién”, y definimos “cuándo” y “dónde”. Son decisiones que los médicos hacemos casi sin valorar las implicaciones.

Con frecuencia, el dominio de los especialistas va en contra de la racionalidad y el resultado en salud puede ser incluso peor. Por ejemplo, en el caso de la atención al parto fisiológico por la matrona, que obtiene mejores resultados en salud (para la madre y el niño) que el médico general, y este consigue mejores resultados que el ginecólogo/obstetra. Este ejemplo es distinto, pues nunca se ha considerado ni demostrado el valor de la atención especializada en el parto fisiológico. En el aborto la situación se refiere a un “síndrome del barquero” en que la tecnología ha cambiado, existen alternativas a la prácticas habituales, las posibilidades técnicas llevan a la prestación de servicios de mejor calidad y menos costosos y más cerca del paciente, pero los especialistas manejan el sistema sanitario de forma que no se procede a la “devolución” del servicio a quien lo podría prestar en mejores condiciones para las pacientes¹⁰. De hecho, los ginecólogos mantienen un monopolio en contra del mejor interés de las pacientes y de la sociedad.

¿Cómo se explica la aceptación social y personal de opciones irracionales cuando se enfrenta la Atención Especializada a la Atención Primaria? El caso del aborto voluntario demuestra que las alternativas ni se consideran. Es decir, que se excluye de raíz la opción en la consulta del médico de cabecera y la casa de la paciente. Los legisladores acceden directamente a los especialistas, y raramente cuentan con un médico de cabecera; además, los que les asesoran son especialistas; por ello no es raro que sus “productos” (las leyes) impliquen opciones exclusivas en manos de especialistas. Los propios médicos de cabecera ignoran los resultados que les apoyan y carecen de organización y autoestima para reivindicar el aborto a domicilio. Las mujeres han “aprendido” que las cuestiones ginecológicas son del ginecólogo y atribuirían al deseo del ahorro en costes cualquier otra alternativa. Por todo ello, el aborto seguirá siendo hospitalario y en general contará con la “objeción de conciencia”, lo que llevará su práctica farmacológica y quirúrgica a las clínicas privadas, interesadas en el negocio.

¿Cómo cambiar la situación?

La práctica clínica es costosa de cambiar, pues cuentan tanto las rutinas como los intereses. No obstante, el cambio es posible. Con este convencimiento se puede lograr introducir

el aborto farmacológico como otro servicio más en Atención Primaria, y reservar el nivel especializado para los escasos casos que lo requieran.

El ejemplo internacional puede servir de señuelo; en el caso del aborto voluntario farmacológico en Atención Primaria podría servir el ejemplo de Portugal, en donde algunos médicos generales ofrecen el servicio en el centro de salud. A no olvidar que en Portugal el médico general implanta DIU en la consulta, como parte de su oferta de servicios, lo que da credibilidad y seguridad al introducir un nuevo servicio del ámbito de la Ginecología. Por ello se podría empezar en España con los escasos centros de salud en que los médicos también implantan DIU, como en Granada. Los ejemplos son importantes y se cuenta también con la experiencia en Méjico y otros muchos países.

El conocimiento es el recurso más escaso. En este caso se debería hacer llegar al médico de cabecera una síntesis práctica sobre el aborto farmacológico en Atención Primaria. En resumen, para el aborto en casa, en las primeras 9 semanas, apenas se necesita una historia clínica bien hecha y una exploración médica mínima. Puede ser conveniente la ecografía, pero no es necesaria.

Por supuesto, los medicamentos a utilizar tienen sus inconvenientes y existen contraindicaciones (por ejemplo, embarazo con DIU). Pero en general el médico de cabecera puede utilizar medicamentos baratos y seguros, cómodos de administrar y fáciles de conservar. Con ello el aborto voluntario pasa a ser una cuestión “doméstica”, algo que concierne básicamente a la mujer sin más. Se evita el trauma de la visita a la clínica especializada, el quirófano y toda su tecnología agresiva. Por ejemplo, se logra el aborto en el 95% de los casos (con algo más de sangrado y dolor que una regla normal) tras tres dosis vaginales de 0,8 mg de misoprostol (cada 8 o cada 24 horas). La tasa llega al 98% con 200 mg de mifepristona (RU486) por vía oral, más misoprostol a las 48 horas (0,4 mg por vía oral o 0,8 mg por vía vaginal). Esta es la pauta en Portugal. Se provoca el aborto en el 98% de los casos combinando 50 mg de metotrexato por vía oral con 0,8 mg de misoprostol por vía vaginal.

En el cambio hacia la racionalidad, lo lógico es la alianza de los médicos generales con las matronas. Ambos profesionales tienen un amplio campo en todo lo que se refiere a Ginecología/Tocología de Atención Primaria, y conviene la suma de esfuerzos e intereses en el mejor servicio al paciente. Se pueden sumar las feministas inteligentes, por ejemplo del grupo del CAPS de Barcelona, o la revista *Mujer y Salud*. En todos estos casos, si se busca impacto en la población, nada como la síntesis de intenciones, tipo “aborto voluntario en casa”. Conviene un lema de este estilo, que facilite el impacto de la iniciativa y sume interesados sin provocar mayores resistencias. La cuestión convendría plantearla, además, como “libertad de elección” de método abortivo, pues tal opción sería la lógica.

En el caso planteado se hace evidente la necesidad de contar con algún “agente de salud” no profesional en la comunidad, que pueda ayudar a la paciente a manejarse en el laberinto administrativo del sistema sanitario. Este agente llega a ser clave cuando hay problemas de lenguaje, como con los inmigrantes, y en todo caso podría ser un escalón imprescindible en asuntos como el aborto y la contracepción.

Como argumento político conviene reconocer el uso popular de estos medicamentos. En España pasa un poco como en Uruguay y otros países, y existe un mercado negro de medicamentos abortivos, básicamente misoprostol, de forma que no es raro el atender en urgencias a mujeres con abortos incompletos tras su uso. Identificar esta cuestión, transformarla en datos cuantificables y analizar sus consecuencias podría ayudar a mover conciencias políticas. Hay que transformar la realidad que introduce un “quién” sin conocimientos, que

busca el negocio en negro, y un “cuándo” y “dónde” sin más control que la angustia de la mujer en su soledad. En Uruguay lo han logrado, y el misoprostol es de uso habitual en el sistema sanitario, consentido y promovido por las autoridades, y sin legislación que apruebe el aborto voluntario, han eliminado totalmente las muertes por abortos ilegales.

Por último, las cuestiones de coste son también importantes. La prestación farmacológica es más barata a domicilio y por el médico de cabecera para la paciente, el sistema sanitario y la sociedad. Pero no hay muchos estudios al respecto, y el debate llega incluso a países como Canadá¹¹.

En todo caso, convendría transformar la práctica clínica e incluir el aborto con medicamentos entre las prestaciones que ofrece el médico de cabecera.

La insuficiencia cardíaca

El caso

Acude a consulta la hija de un paciente recluido en su domicilio, para informar al médico de que su padre no va bien. Se trata de un anciano de 82 años, antiguo tornero y hombre culto, con isquemia coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad de Parkinson, diabetes y prostatismo. Le mantiene recluido en casa la limitación física que imponen los temblores y la rigidez de la enfermedad de Parkinson, y la disnea a pequeños esfuerzos de la insuficiencia cardíaca. Esta es la expresión final de un antiguo infarto de miocardio masivo. El paciente es viudo ya hace 10 años, y vive con su hija (soltera y jubilada anticipadamente por cierre de la empresa). La evolución del caso es lenta por el enorme compromiso de la hija, que se encarga de que el padre cumpla con el tratamiento (10 medicamentos distintos), tenga una alimentación apropiada y mantenga la higiene. La diabetes tiene ya casi 30 años de evolución, y el infarto 20; la enfermedad de Parkinson es también antigua, pero se ha mantenido estable; el prostatismo es reciente e incomoda sobre todo por la nicturia. El paciente ha requerido ingreso hospitalario sólo en una ocasión, hace un año, por descompensación cardíaca. Tras el ingreso fue seleccionado por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca para seguimiento desde el hospital. La hija lo rechazó por su buena relación con el médico de cabecera y con la enfermera. Ambos se han turnado en los últimos años para visitar al paciente al menos una vez al mes, y siempre que hubo necesidad; tanto el paciente como la hija se han sentido atendidos; incluso tenían el teléfono privado del médico para poder consultar en caso de urgencia. Con el concurso de traslado los dos profesionales han cambiado de centro de salud (eran interinos) y las cosas son muy distintas con los nuevos, que tienen plaza en propiedad. Ante la consulta del día de los hechos, el médico convence a la hija para que se ponga de nuevo en contacto con la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Así lo hace, y el paciente es ingresado de nuevo tras exponer telefónicamente la situación del caso a la enfermera hospitalaria. Permanece un mes en el hospital y muere a los dos días del alta, en casa, por la noche, mientras está pendiente de la primera visita de la Unidad de Cuidados Paliativos al día siguiente. La hija mantenía contacto telefónico en horario laboral con la enfermera de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. La hija anula la visita de paliativos y da aviso al centro de salud, para el certificado de defunción; acude el médico de turno ese día (para los domicilios). La hija recibe con desagrado al profesional desconocido y delante de los demás familiares y vecinos manifiesta en voz baja, con rencor y dolor:

“¡Ay, si hubiera estado don Ricardo!”. El médico certifica la muerte según los datos del informe hospitalario y de la historia clínica (que había leído antes de salir al domicilio) y no entiende nada, pues es suplente por un día y desconoce quién fuera “don Ricardo”.

La categoría

Visión general

La insuficiencia cardíaca es un síndrome expresión del fallo del corazón, sometido a factores estresantes tipo hipertensión e isquemia coronaria. El corazón no es más que un músculo muy especial, una bomba capaz de mantener una actividad rítmica constante a lo largo de décadas, y su agotamiento lleva a la incapacidad para cumplir su función. Su función de bomba distribuye la sangre por todo el organismo y permite la oxigenación, la homeostasis y la distribución de hormonas, nutrientes y productos del catabolismo. En la insuficiencia cardíaca el corazón falla y los síntomas dependen especialmente de la acumulación de sangre que no se moviliza adecuadamente (“antes” de la bomba), pero también del escaso volumen de sangre que logra movilizar (“después” de la bomba). La insuficiencia cardíaca es una enfermedad grave, de lenta evolución, cuya solución final sería el trasplante cardíaco, intervención radical que requiere un cierto estado de salud general. La insuficiencia cardíaca es una enfermedad invalidante por la disnea, que llega a ser de pequeños esfuerzos hasta impedir que el paciente dé más de dos pasos e incluso levantarse.

Con el mejor tratamiento del infarto de miocardio y de la hipertensión ha aumentado la incidencia de la insuficiencia cardíaca. Es decir, los pacientes sobreviven ahora más frecuentemente y por más tiempo al infarto de miocardio y a la hipertensión, por las mejoras en su tratamiento (uso de diuréticos en la hipertensión y tras el infarto abandono del tabaco, empleo de estatinas y de ácido acetil salicílico, etc.). Sin embargo, no se “curan” el infarto de miocardio, la hipertensión, ni el deterioro progresivo de la circulación coronaria, de forma que con el paso de los años se debilitan las fibras musculares cardíacas y se desarrolla la insuficiencia cardíaca.

Además, ha aumentado la prevalencia de la insuficiencia cardíaca, pues es un cuadro de evolución lenta que responde bien a medidas de higiene y alimentación (control de la ingesta de sal, dieta variada, control de la obesidad y demás) y a la medicación (IECA, diuréticos, betabloqueantes, etc.). En muchos casos la situación se complica por las condiciones de vida, ya que afecta más a los ancianos, y en su seguimiento se requiere una participación activa para tomar medidas como aumento de los diuréticos ante incrementos de los edemas y del peso. En el seguimiento es clave el fácil acceso del paciente y familiares a un profesional de confianza, para resolver dudas e incidencias, y la visita a domicilio cuando aparece la incapacidad que recluye al paciente. También es fundamental la cooperación en todos los aspectos del tratamiento de la familia con los profesionales sanitarios, básicamente el médico general, la enfermera y la trabajadora social^{12,13}.

La insuficiencia cardíaca se descompensa con relativa frecuencia y obliga al ingreso hospitalario urgente para su tratamiento intensivo. Estos ingresos son costosos para el paciente y sus familiares y para el sistema sanitario. En muchos casos la descompensación acaba en muerte del paciente.

La insuficiencia cardíaca ha llamado siempre la atención, por el progresivo incremento de su incidencia y de su prevalencia. También por el impacto en el uso de recursos, tanto hospitalarios como en Atención Primaria, y por su gravedad y mortalidad. Además, con frecuencia se demuestra que muchos ingresos por descompensaciones hubieran sido evitables con un mejor seguimiento. Es un síndrome en el que la prestación de servicios apropiados conlleva cambios espectaculares en morbilidad y mortalidad.

Hace años, y todavía en muchos casos, los pacientes con insuficiencia cardíaca eran pacientes sin ningún *glamour*, sin atractivo alguno para los profesionales sanitarios. Solían ser ancianos pobres (como resultado de la mayor incidencia del infarto de miocardio entre los miembros de la clase baja), pacientes crónicos “de toda la vida”, con complicaciones variadas “desagradecidas”, en que las intervenciones eran de rutina y donde la cooperación familiar era muy necesaria, pero también la necesidad del compromiso del profesional en el seguimiento.

Como expresión del rechazo profesional los pacientes con insuficiencia cardíaca se suelen agrupar en el hospital con otros pacientes crónicos poco atractivos, con EPOC terminal, insuficiencia hepática de mala evolución y demás. Lo habitual es que acaben ingresados en Medicina Interna, con los demás pacientes que rechazan los distintos servicios. En algún caso existe incluso una sección/pabellón especial para estos pacientes, al objeto de que su ingreso sea de “cuidados mínimos”. Lo mismo sucede en la comunidad, donde los pacientes con insuficiencia cardíaca están con frecuencia “abandonados” y mal tratados, pues requieren avisos a domicilio tanto urgentes como programados, tienen familias pobres e incultas y viven en casas y entornos pobres. Además, el compromiso de seguimiento exige fácil contacto y flexibilidad en la atención, lo que va contra el trabajo “a piñón fijo” (buena expresión de este mal trabajo es la rotación para atender a los avisos a domicilio). Por consecuencia del mal seguimiento, los pacientes con insuficiencia cardíaca utilizan las urgencias más de lo debido, reingresan frecuentemente y mueren prematuramente.

Del qué al quién, cuándo y dónde de una tacada

Respecto a la insuficiencia cardíaca la situación ha cambiado con la innovación diagnóstica y terapéutica, tanto quirúrgica como farmacológica (desde el empleo del péptido natriurético al trasplante cardíaco, pasando por la utilización de nuevos betabloqueantes). Los cardiólogos han visto el brillo de la técnica y un nicho de desarrollo e influencia, el nicho abandonado por los médicos generales y enfermeras de Primaria.

Son múltiples los ensayos clínicos que demuestran el impacto positivo de nuevas formas de prestación de servicio, en torno a las Unidades de Insuficiencia Cardíaca. Estas son metástasis de Cardiología, y básicamente dependen de enfermeras entrenadas específicamente que establecen una intensa cooperación con el paciente y la familia para transmitir conocimiento sobre el tratamiento y ayudar en el seguimiento. Además de mantener y promover un fluido contacto (básicamente, acceso telefónico a la enfermera de referencia), se capacita al paciente y la familia para modificar el tratamiento según la situación, como aumento del peso por retención de líquidos y demás¹⁴.

Lamentablemente, los ensayos clínicos sobre la mejora en la atención y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca ni siquiera consideran la participación del médico general, ni de la enfermera de Atención Primaria, ni de la trabajadora social. En estos ensayos clínicos se demuestra frecuentemente el menor uso del reingreso y de las urgencias

(y a veces menor mortalidad) con el seguimiento desde el hospital, desde la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Es decir, se mejora la atención exclusivamente mediante la atención hospitalaria que lleva la continuidad al domicilio, pero no se promueve la mejora de la atención en Primaria, sino que se sustituye sin más. El paciente obtiene un cuidado excelente en esa enfermedad concreta, y los demás problemas de salud (suelen ser enfermos con múltiples problemas de salud, como el del caso concreto analizado) se dejan en manos del médico general, o se derivan a los distintos especialistas hospitalarios. Frecuentemente, es inexistente la cooperación de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca con los profesionales de Atención Primaria.

El súbito interés de los cardiólogos, con sus métodos diagnósticos y terapéuticos, ha llevado a una redefinición del síndrome. La insuficiencia cardíaca ya no es solo el síndrome que provoca síntomas, sino situaciones “presindrómicas” que implican un mayor riesgo de desarrollar el problema. El “qué” ha cambiado, de forma que en su nivel más bajo se considera insuficiencia cardíaca de grado A la simple coexistencia de hipertensión y obesidad, por ejemplo¹⁵. Como en el caso comentado del cáncer de cuello uterino, se incrementa la intensidad de atención mediante más intervenciones, más precoces, más potentes y sobre más pacientes. En último término se hace bien lo que no se debería hacer en ningún caso.

El nuevo “qué” conlleva en su graduación un traslado de responsabilidades y cuidados del médico general al cardiólogo, y de la Atención Primaria a la hospitalaria. El especialista en Cardiología no actúa como consultor del especialista en Medicina de Familia, sino que lo sustituye. La enfermera de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca no actúa de asesora de la enfermera y de la trabajadora social de Primaria, sino que las sustituye. Por supuesto, todo ello referido en exclusiva al síndrome que definimos, al problema de la insuficiencia cardíaca, como si el paciente no tuviera habitualmente varios problemas de salud y/o sociales (que pueden complicar la situación hasta el extremo, por ejemplo si el anciano del caso no hubiera contado con la hija en casa).

La definición arbitraria del “qué” conlleva la definición del “quién” (da relevancia implícita a los profesionales de las Unidades de Insuficiencia Cardíaca), pero también del “cuándo” y del “dónde”. De la definición se deducen los grados de intervención (los “cuándo”) y las intervenciones pasan a estar centradas en el hospital (el “dónde”) y en las enfermeras hospitalarias que prestan básicamente servicios telefónicos. La Atención Primaria deja de ser el eje y puerta de entrada y se convierte en suplementaria y puerta de salida de la atención hospitalaria.

En contra de la mejor opción

La nueva definición de insuficiencia cardíaca, con sus categorías artificiales, es un acuerdo basado en la opinión de expertos que aumenta la prevalencia del síndrome, convierte a sanos en enfermos (al menos les obliga a adoptar el papel de enfermos, de citas y “recitas”, de aplicación de métodos diagnósticos y terapéuticos) e incrementa la importancia de los cuidados hospitalarios especializados. Nunca se ha demostrado que la intervención precoz conlleve mejores resultados.

En este caso, por contraste con el aborto voluntario, los políticos no tienen nada que decir, pues se trata de un acuerdo entre profesionales (cardiólogos expertos, con claro

conflicto de intereses en la “ampliación del negocio”). La sociedad tampoco opina, sino que se enfrenta a hechos consumados y los acepta en el supuesto de que la actuación de los médicos se produce “por el bien del paciente” y de que la prevención produce siempre más beneficios que daños.

Los médicos generales son invitados de piedra a unas definiciones que en último término contarían con su aprobación, como se demuestra muchas veces en otros campos y problemas a través de la participación de “grupos” de especial interés de las sociedad profesionales. Estos grupos de médicos generales/de familia, que pertenecen a una determinada sociedad científica, se terminan convirtiendo frecuentemente en correas de transmisión de las innovaciones que proponen los especialistas. Así, los grupos de “hipertensión”, de “riesgo cardiovascular”, de “insuficiencia cardíaca”, de “EPOC”, de “osteoporosis” y demás. Son grupos que responden básicamente a los intereses industriales, que los financian y utilizan. A su través se difunden los mensajes de los expertos especialistas, que llevan el sesgo de interpretación que conviene, oportunamente aderezada con los “polvos” de la Medicina Basada en Pruebas (en la Evidencia, dicen). La intoxicación se logra con una mezcla adecuada de siglas de los distintos ensayos clínicos que justifican lo blanco y lo negro, y toda una gama de grises, según convenga.

La pertenencia a tales grupos da acceso a un conocimiento “reservado” e “innovador” y al contacto con los gurús y popes del campo a que se refieren, además de viajes, cursos y otras regalías adicionales a la conversión en pequeño experto que “está al día”. Con todo ello, en el caso concreto de la insuficiencia cardíaca, los miembros de los grupos se convierten en propagadores de la nueva definición y de las “buenas nuevas” acerca de sus beneficios. Sin darse cuenta, con/sin malicia sanitaria, los grupos de expertos de las sociedades científicas de médicos de Primaria contribuyen muchas veces a difundir un conocimiento basado en el interés de los definidores, no de la población, de los pacientes, ni de la sociedad. Todo sucede en las “cocinas” de altura y se impone por la vía de los hechos.

Hechos que además se apoyan en la investigación que reiteradamente demuestra los mejores resultados en ensayos clínicos de la atención desde las Unidades de Insuficiencia Cardíaca. En estos ensayos clínicos solo se considera la alternativa del cuidado habitual; en cierta forma ni entra en la cabeza la posibilidad de una mejora de dicha atención habitual, del mejor seguimiento por su médico de cabecera. La Atención Primaria desaparece de raíz, y a nadie asombra.

En el caso de la insuficiencia cardíaca la aparición de las Unidades de Insuficiencia Cardíaca deja sin resolver los problemas profundos de la Atención Primaria. Además, con su trabajo “vacían” de contenido el trabajo del médico general, confirman que hay “enfermos y situaciones solo para los especialistas”, y contribuyen a ahondar los problemas (pues sin resolverlos se palián con medidas suplementarias).

Los hechos demuestran que la atención a la insuficiencia cardíaca es manifiestamente mejorable (por decirlo suavemente) desde la Atención Primaria. Especialmente, tienen impacto negativo la cultura de rechazo al aviso a domicilio y la falta de flexibilidad de los profesionales de Atención Primaria. En una organización de provisión pública con profesionales asalariados todo se quiere reglado y en la consulta, tipo “5 pacientes a la hora y máximo una visita a domicilio al día; en ningún caso más de dos visitas a domicilio”. Si no se consigue, al menos se organiza la atención en turnos para urgencias y domicilios a demanda, y se crean listas de espera para ver al propio médico a base de fijar rígidas agendas (con ello los médicos de familia atienden básicamente a pacientes crónicos estabilizados y buenos cumplidores de citas y recitas).

Las necesidades de los pacientes con insuficiencia cardíaca (y similares) no siempre se pueden “reglar”, y ante la falta de flexibilidad de la Atención Primaria al paciente y a sus familiares sólo les queda el recurso a las urgencias y al hospital; y en último término se impone la muerte antes de tiempo. El desarrollo de las Unidades de Insuficiencia Cardíaca se convierte *de facto* en la única solución.

¿Cómo cambiar la situación?

Probablemente, la defectuosa organización y la actitud de los profesionales de Atención Primaria conllevan el mal resultado en salud de los pacientes con insuficiencia cardíaca. La solución a largo plazo no puede ser el desarrollo de una alternativa que evite dichos problemas sin resolverlos. Lo lógico es emplear lo obvio, el enfrentarse directamente a los problemas de fondo, el coger el toro por los cuernos, en japonés *genchi genbutsu*.

El fracaso evidente y duro en sufrimiento, morbilidad y muertes prematuras y sanitariamente evitables no se debería resolver con la solución fácil de dar respuesta desde otro dispositivo, en otros momentos y con otros profesionales (cambiando, pues, el “quién”, “cuándo” y “dónde”, a partir de ensayos clínicos que responden a preguntas sesgadas y que justifican otra definición del “qué”). La mejor opción sería re-definir el “qué”, el “quién”, el “cuándo” y el “dónde” de forma que la Primaria recuperara sus obligaciones y funciones y contara con los especialistas como asesores^{12,13}.

Definir el “qué” es clave en este caso y en general. El poder de los médicos se ha multiplicado con la aparición del concepto “factor de riesgo”, que en la práctica lleva a una prevención sin límites y a la medicalización de la sociedad. En el ejemplo la insuficiencia cardíaca era un síndrome que se caracterizaba por la disnea, por un síntoma clave. En la nueva definición hay dos niveles (de 4) sin síntomas, de puro aumento de la asociación estadística, de incremento del riesgo sin que se trate propiamente de sufrimiento, de inconvenientes para el desarrollo de la vida habitual. La nueva definición facilita la intervención temprana con la justificación clásica del “más vale prevenir que curar” (que se debería corregir para decir “más vale prevenir cuando hace menos daño prevenir que curar”). El “qué” cambia el “cuándo”, y también el “quién”, pues exige la participación del cardiólogo en el diagnóstico tecnológico (con utilización imperativa de la cardio-ecografía, por ejemplo).

Para cambiar la situación es fundamental el fomento de investigación en la que se utilice de grupo control la mejor alternativa en Atención Primaria, no la simple atención de rutina. Además, es clave determinar las condiciones de selección de los pacientes, pues en muchos casos se excluyen a los que no cuentan con formación y/o con familiares cuidadores capacitados, justo los que más necesitan los cuidados. Aunque no hay datos publicados, ese sesgo de selección es frecuente en la práctica, aunque solo sea por la organización de las Unidades de Insuficiencia Cardíaca, que requieren de la presencia en el domicilio de un paciente y/o cuidador al que se pueda formar y con el que se pueda mantener un contacto fluido. Los resultados favorables a las Unidades de Insuficiencia Cardíaca se suelen presentar como innegables e insuperables, sin señalar el sesgo de la selección del grupo control, ni de los participantes.

En todo caso, el síndrome de insuficiencia cardíaca se suele dar en pacientes complejos y ancianos, en los que una Atención Primaria potente puede ayudar más que la suma de los cuidados de múltiples servicios potentes.

Los políticos y gerentes deberían cooperar con los profesionales individuales y agrupados en sociedades científicas para re-plantear las oportunidades de mejora de la atención a domicilio, y su beneficioso impacto en la salud. Cabe el establecimiento de planes e incentivos que ayuden a cambiar la actitud y mejorar la formación, al tiempo que se modifica la organización de los servicios de Primaria. Como en el caso del aborto, los ejemplos son importantes, por más que haya que buscarlos incluso en Nueva Zelanda¹⁶. Desde luego, nada tendría más impacto que los resultados favorables en uso de urgencias, re-ingresos y muertes de un proyecto piloto español de mejora de la atención en Primaria.

En este campo de la insuficiencia cardíaca se pueden encontrar aliados para un cambio lógico en los profesionales preocupados por la medicalización de la sociedad (el *disease mongering* y otros problemas similares). Para ello es imprescindible la difusión del impacto de la nueva definición (que también se emplea como táctica general; por ejemplo, en la incontinencia urinaria de “pérdida involuntaria de orina que incomoda” a “pérdida involuntaria de orina”; cambio sutil con impacto tremendo en la incidencia y prevalencia de dicho problema).

En el fondo, de lo que se trata es de exigir el cumplimiento aceptado por el médico general y la enfermera de Primaria de un compromiso con los pacientes para ofrecer “máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología apropiada, en el momento conveniente y tan cerca del paciente como sea posible”¹⁷. Resulta similar a la simple receta de Toyota para explicar su triunfo sobre la industria estadounidense: “ofrecer el coche adecuado, en el lugar debido y en el momento oportuno”.

El compromiso con el paciente con insuficiencia cardíaca exige la prestación de un seguimiento de calidad, pero también de flexibilidad para estar disponibles en caso de complicaciones inesperadas. Es posible lograrlo en la práctica diaria, pero requiere una organización y una actitud de servicio que no sobreabunda. El “producto sanitario” que mejora las expectativas de vida y muerte del paciente con insuficiencia cardíaca no tiene ningún misterio, salvo calidad y compromiso. Dicho producto debería ofrecerse directamente por el médico de familia y la enfermera de Primaria, pues es más barato, más humano y tiene mayor fundamento científico al integrarse en un conjunto de servicios al paciente crónico con múltiples problemas de salud (que incluye prestar también atención al cuidador y a otros miembros del núcleo familiar).

Comentario final

Los pacientes viven en un entorno sociocultural determinado, al igual que sus médicos y los otros profesionales sanitarios, gestores y políticos incluidos. El sistema sanitario es parte de ese entorno sociocultural que resulta determinante en la “actividad” de todos ellos. Por eso, son muy cambiantes las definiciones que se refieren al “producto sanitario”, del mismo modo que cambian de continuo las condiciones sociales, científico-técnicas, culturales, económicas y políticas. Por ejemplo, en Suecia los DIU los ponen las enfermeras de Primaria, en Portugal los médicos generales y en España los ginecólogos en los hospitales públicos/consultas privadas, y esta variabilidad sólo sugiere que “poner DIU” es un servicio que podría prestar la enfermera de Primaria en todos los países desarrollados. La decisión final acerca de esta cuestión no

depende sólo de establecer un criterio lógico tipo “máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, en el momento conveniente y tan cerca del paciente como sea posible” que llevaría sin duda los DIU a la Primaria y a la Enfermería. La decisión es evidentemente mucho más compleja.

En la definición de la “prestación de servicios” (el qué, quién, cuándo y dónde) hay cuestiones científicas, pero a la falta de datos y experiencias se suman múltiples intereses, desde los intereses creados y mantenidos a los del mercado, a las expectativas de la población, de los profesionales y de los políticos. No es fácil decidir, como hemos analizado respecto a los dos casos estudiados.

Se puede deducir, sin duda, que existen resistencias para trasladar los servicios allí donde sean más convenientes y para que preste la atención el profesional de menor nivel que lo pueda hacer con calidad y seguridad. Esperamos haber logrado que el lector se interese por esas 4 contraseñas (qué, quién, cuándo y dónde) que deberían abrirnos las puertas que permiten cuestionar la “atribución” de servicios escogidos a determinados profesionales, instituciones, momentos y lugares.

Como ejemplo de la complejidad del sistema sanitario, y de sus reacciones imprevisibles, podemos considerar los cambios en las 4 contraseñas provocados por nuevas formas de pago en Atención Primaria, sobre todo en el seguimiento de pacientes diabéticos, tipo “por rendimiento” (*pay for performance*, en el Reino Unido y *bundled payments*, en los Países Bajos). Así, al redefinir el “qué” se ha centrado la atención en los aspectos “pagables y reconocibles”, con disminución de la calidad en otras áreas, incluso de la misma enfermedad y persona. Ha cambiado el “quién”, a través de la contratación de médicos asalariados por los médicos generales titulares (que tienen contrato por capitación y son profesionales independientes), y contratación de enfermeras con el objetivo de “cumplir el registro de las normas” (se pasa del círculo virtuoso de registrar para mejorar al círculo vicioso de registrar para cobrar). Cambia el “cuándo”, pues lo primordial es cumplir las normas cuanto antes, para asegurarse el pago. Además, se ha redistribuido la atención, con mayor actividad en la primaria (“dónde”). Es difícil tomar una decisión final acerca de tales cambios y sus consecuencias, pero al menos conviene la precaución y la prudencia, la prevención cuaternaria y el análisis de la innovación según las 4 contraseñas¹⁸⁻²⁰.

Por último, en la comparación entre resultados en salud según la prestación de servicios por médicos especialistas y por médicos generales, es central tener en cuenta que la suma de los cuidados de los especialistas suele producir peores resultados que la simple atención por los generalistas. No se trata de comparar la prestación servicio a servicio, sino que también hay que valorar el conjunto del impacto de las distintas alternativas. Al final lo que cuenta es el cumplimiento de los objetivos del sistema sanitario, la prolongación de la vida, la evitación de sufrimiento y la ayuda a morir con dignidad (sin añadir daños innecesarios).

Los pacientes son complejos, en su propio ser y en su enfermar, y las respuestas especializadas resultan demasiado simples y demasiado potentes para sumarse sin más; a la población le conviene una Atención Primaria fuerte con capacidad de coordinar la atención, tanto de actividades preventivas como de actividades curativas^{21,22}. Esta Atención Primaria fuerte produce más salud que la simple adición de más Atención Especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO*. 2000;78:717-22.
2. Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro)*. 2008;24 Supl 1:24-6.
3. Ganz DA, Wenger NS, Roth CP, Kamberg CJ, Chang JT, MacLean CH, et al. The effect of a quality improvement initiative on the quality of other aspects of health care. The law of unintended consequences? *Med Care*. 2007;45:8-18.
4. Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 (Supl 1):127-34.
5. Gérvas J. La incierta prevención del cáncer de cuello de útero con la vacuna contra el virus del papiloma humano. *Rev Port Clín Geral*. 2007;23:547-55.
6. Pell JP, Pell ACH, Norrie J, Ford I, Cobbe SM. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ*. 2000;320:15-9.
7. Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice. Impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-9.
8. Comisión Bioética SEGO. Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Madrid: SEGO; 2010.
9. Conferencia Internacional de Consenso sobre Aborto No Quirúrgico al comienzo del Primer Trimestre. Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto terapéutico. Ginebra: WHO; 2008.
10. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín*. 2005;124:778-81.
11. Erdman JN, Grenon A, Harrison L. Medication abortion in Canada: a right-to-health perspective. *Am J Public Health*. 2008;98:1764-9.
12. Gérvas J. Seminario de Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca. *Semergen*. 2006;32:125-31.
13. Gérvas J. Seminario Innovación 2005. Potenciar la atención primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardiaca en los países desarrollados. *Aten Primaria*. 2006;37:457-9.
14. Finlay A, Simon S, Stefania F, McMurray JJJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:810-9.
15. 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009;119:e391-e479.
16. Holland R, Battersby J, Harvey I, Lanaghan E, Smith J, Hay L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*. 2005;2005:91(Suppl II):24-7.
17. Gérvas J. Gestión y clínica, algo más que gestión clínica. *Gac Sanit Bilbao*. 2005;102:67-9.
18. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009;361:368-78.
19. Struijs JN, Baan CA. Integrating care through bundled payments. Lessons from the Netherlands. *N Engl J Med*. 2011;364:990-1.
20. Pogach L, Aron D. Sudden acceleration of diabetes care quality measures. *JAMA*. 2011;305:709-10.
21. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity Society*. 2009;33:56-73.
22. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.

