INTELIGENCIA SANITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA[1]

Juan Gérvas, médico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor de Salud Internacional (Escuela Nacional de Sanidad) y de Salud Pública (Universidad Autónoma, Madrid)
jgervasc@meditex.es www.equipocesca.org

Introducción

La sociedad humana se gobierna por los valores; es decir, por aquellas cosas que son importantes, que merecen un respeto especial. Entre ellas, la vida, la paz, la salud, la educación, el trabajo, la convivencia, las tradiciones culturales y otras. El respeto que generan los valores se expresa a través de cursos de acción que pretenden su preservación o consecución (Bertrán 2005).

No existe una definición simple de salud, pero en general se entiende como capacidad para disfrutar de la vida según edad, sexo y condición socio-cultural. Es decir, tener salud no es equivalente a la ausencia de problemas (físicos, psíquicos y/o sociales) sino a su control en forma tal que podamos tener un "remanente" que facilite el disfrute de la vida. Incluso podemos morir "sanamente", cuando se logra una muerte aceptada y sin sufrimiento.

La salud es un valor importante para las sociedades de todo estilo y desde tiempos antiguos se ha considerado que su mantenimiento y mejora era una responsabilidad pública, bien para los pobres (beneficencia) bien para el conjunto de los habitantes (seguros sanitarios de financiación pública). En las sociedades desarrolladas se acepta que el Estado es responsable de los cursos de acción que llevan a la protección de la salud (establecer y hacer cumplir la legislación que evite daños), la promoción de la salud (desarrollar actividades que lleven a mejorar la salud), la prevención de la

[1] Resumen de la conferencia inaugural del V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrado en Río de Janerio (Brasil) del 24 al 26 de marzo de 2010. Patrocinado por el Ministerio de Saúde del Gobierno Federal de Brasil, el Sistema Único de Salud de Brasil y la Organización Panarmericana de Salud. Las opiniones son las del propio autor quien agradece a los organizadores, patrocinadores y participantes su colaboración. En la presentación en directo hubo múltiples referencias a Brasil, su situación social y económica y su sistema sanitario, la mayoría de las cuales no se incluyen en esta versión escrita. He preferido el término "médico general" como equivalente al de médico de familia, y en general al de "profesional sanitario".

enfermedad y del sufrimiento (evitar el desarrollo de enfermedades y diagnosticarlas en fases pre-clínicas) y la organización de la prestación de cuidados a los enfermos (Gérvas 2008). Es clave que todo ello se aplique en forma equitativa, de manera que sean las personas y los grupos más necesitados los que reciban atención proporcionada. Este es un problema de dificultosa solución, pues no basta con establecer el derecho a la atención, ni siquiera el hacerla gratuita en el punto del servicio, de forma que el Estado debe asegurar la accesibilidad "efectiva" a los cuidados necesarios, para evitar el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos ("recibe menos cuidados quien más los necesita, y esto se cumple más cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario") (Hart 1971). Por ejemplo, la existencia de un sistema universal sanitario no evita en Francia el menor acceso de los pobres a pruebas de cribado de anomalías congénitas cromosómicas, con la consecuencia de menos abortos terapéuticos al respecto, y mayor número de nacidos con síndrome de Down entre los pobres (Khoshnood 2006). En España, la existencia de un sistema universal sanitario con servicios gratuitos en el punto de atención no evita que la mortalidad evitable por causa infecciosa sea el tripe entre pacientes de clase baja (Regidor 2002). Estas "disfunciones" conllevan el incumplimiento de los objetivos sanitarios, lo que es relevante tanto respecto a la salud misma como respecto a la economía, pues una economía sana se basa en una población sana.

Valores clínicos

En lo concreto, la política y la actividad sanitaria buscan prolongar la vida, evitar sufrimiento y ayudar a morir con dignidad (Cassell 1982; Hasting 2004). Para ello ofrecen contenidos diversos en cuestiones referentes a la salud pública y a la atención clínica. Por ejemplo, respecto a la atención clínica son valores clave que exigen para su logro distintos cursos de acción: 1/ la dignidad en el trato con el paciente y sus familiares, 2/ la cortesía y empatía en la entrevista clínica, 3/ la calidad científica, técnica y humana, 4/ el compromiso de seguimiento del dolor y del sufrimiento, 5/ el mantenimiento y la mejora de habilidades, conocimientos y actitudes de los profesionales y 6/ el uso adecuado de los recursos. Con ello se logra una atención clínica efectiva que facilita una política sanitaria de prestación de servicios según necesidades de pacientes y poblaciones.

Por supuesto, cada campo médico clínico tiene sus peculiaridades, y así el respeto de los valores generales señalados exige específicamente al médico de atención primaria a/ el razonable

control de la incertidumbre clínica b/ el control prudente de los tiempos de atención, c/ el establecimiento de una relación personal prolongada en el tiempo con el paciente, su familia y su comunidad, d/ la organización flexible necesaria para garantizar la accesibilidad efectiva a los cuidados necesarios, e/ la polivalencia en la prestación de cuidados, y f/ el rechazo a la tiranía del diagnóstico (Gérvas 2005 a; Gérvas 2007; Gérvas 2010; Rosemberg 2002; Starfield 2007; Torio 2006). Con ello se logra la prestación de cuidados tan cerca del paciente como sea posible y se establece una adecuada escalada en la respuesta a los problemas de salud.

El sistema sanitario

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 inteligencia, ni al amor, ni a la felicidad (Gérvas 2008a). Como he comentado, el individuo y las poblaciones 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. 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.

Podemos definir los sistemas sanitarios como "instituciones y recursos públicos y privados con el mandato de mejorar la salud en el marco político e institucional de un país" (Durán 2010). En este sentido se limita y concreta un concepto que puede ser muy vago si se engloba en sistema sanitario todo aquello que "produce" salud. Además de acotar el concepto, 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 mismo. Por todo ello comprendemos mal el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la interacción entre sus recursos, sus actividades y sus "productos" (Rico 2003).

Entre los objetivos del sistema sanitario no está el eliminar ni las enfermedades ni la muerte, pues ambas son componentes de la propia vida. Los objetivos son, como ya he señalado, la prolongación de la vida, la evitación de sufrimiento y la ayuda a

morir con dignidad. Pero el final de todo ser humano es la muerte. Así, si logramos evitar muertes por algunas enfermedades, como las infecciosas, tendremos predominio de muertes por enfermedades crónicas, y si entre estas evitamos las muertes por causa cardiovascular tendremos predominio de otro tipo de muertes como cáncer y enfermedades neurodegenerativas. El desarrollo social y sanitario lleva al cambio del perfil de la mortalidad, no a la evitación de la misma ("de algo hay que morir" en la feliz expresión de algunos pacientes). No podemos vivir con angustia el predominio de tal o cual causa de mortalidad, en tanto no sea razonablemente evitable y no tenga causa médica.

Expectativas excesivas

Además del cambio de perfil de la mortalidad, la prolongación de la vida y la evitación de sufrimiento conllevan mayores exigencias y expectativas respecto a la salud (Barsky 1988; Sen 2002). Las sociedades más sanas objetivamente llevan a sociedades más "enfermas" subjetivamente. Tenemos tanta salud que se convierte en obsesión no perderla. Es la "paradoja de la salud", con su carga de exigencia y expectativas excesivas, insatisfacción, infelicidad y consumo inmoderado de recursos sanitarios. Esta paradoja se combina con el nuevo poder médico de definir salud y enfermedad según biometría (parámetros más o menos arbitrarios y artificiales) y con la oferta de toda una industria de la salud (desde medicamentos a alimentos, pasando por terapias alternativas varias), de forma que se ofrece un nuevo "El Dorado", ahora de juventud eterna alcanzable a través de la "pornoprevención", la evitación de toda causa de enfermedad, sufrimiento y muerte (Fugelli 2006; Gérvas 2006; Gérvas 2008b; Verdú 2003). Los sistemas sanitarios giran a la prevención y transfieren así recursos de pobres a ricos, de enfermos a sanos y de viejos a jóvenes (Heath 2007). Los médicos clínicos y salubristas conscientes sólo pueden oponerse a estas poderosas corrientes ejerciendo una doble ética, la de la negativa (decir "no" con convencimiento y sencillez a las demandas innecesarias y/o excesivas) y la de la ignorancia (decir "no sé" con convencimiento, de forma que queden claros los límites de la ciencia y de la técnica) (Gérvas 2005b; Gérvas 2006a; Smith 1992).

Desafíos en el siglo XXI

En mi opinión, los desafíos de los sistemas sanitarios para el siglo XXI son:

1. Hacer más bien que mal. Con el desarrollo científico, técnico y sociocultural, las actividades sanitarias, cada vez más poderosas, se aplican a más poblaciones e individuos, más precozmente y en mayor cantidad. Es decir, aumenta la "intensidad de uso" de los recursos y actividades sanitarias; se presta atención a más problemas de más pacientes y poblaciones con más recursos, más poderosos, agresivos y peligrosos; el logro llega a ser decreciente y el beneficio marginal (los problemas se resuelven casi igual, pero con más coste en salud y dinero). Además del dificultar el equilibrio entre beneficios y perjuicios, el desarrollo conlleva un mayor gasto que se suele atribuir en forma simplista al "envejecimiento de las poblaciones". Este aumento del gasto no se justifica en muchas ocasiones, y se asocia a una creciente mortalidad de causa médica (por efectos adversos, por ejemplo), que llega a ser la tercera causa del total (Starfield 2000).
2. Hacer bien según necesidad. El objetivo es hacer en el 100% de los casos lo que hay que hacer a quien hay que hacérselo, y no hacer en el 100% de los casos lo que no hay que hacer a quien no hay que hacérselo. Así, por ejemplo, las actividades de prevención y tratamiento cardiovascular se ofrecen y realizan en los pacientes y poblaciones que menos lo necesitan y no se ofrecen ni realizan en los que más lo precisan (con frecuencia se prescriben las estatinas a quienes no las necesitan y no se prescriben a quienes las necesitan, en un ejemplo concreto) (Gérvas 2006a).
3. Decidir correctamente "dónde, cuándo y quién". "Dónde" prestar la asistencia, desde el domicilio del paciente al hospital terciario, y antes decidir si la atención clínica personal es mejor alternativa que las actividades de salud pública (a considerar también la resolución de problemas de salud desde fuera del sistema sanitario). "Cuándo" prestar la atención, en qué fase y momento del problema, bien como prevención y/o atención clínica, bien como actividad de salud pública. Y "quién", desde el propio paciente y su familia al superespecialista, pasando por el agente de salud, el para-médico, la enfermera, la auxiliar de enfermería, y el médico general, entre otros profesionales sanitarios. Con ello se pretende adecuar el nivel de recursos a las necesidades a resolver, lo que implica la existencia de una serie de filtros que aseguren la proporción de la respuesta y eviten daños y consumos innecesarios y desproporcionados (Mold 1986;

Pérez Fernández 2002). Por ejemplo, en Holanda, la rectorragia ocasional en la población general se asocia en un uno por mil a cáncer de colon-recto; entre los pacientes que consultan a su médico general (sistema público, profesionales independientes en práctica privada, pago básico por capitación con lista de pacientes y función de filtro para acceder a los especialistas) la prevalencia del cáncer sube al veinte por mil; entre los pacientes con rectorragia derivados por su médico general al especialista de digestivo la prevalencia sube a 360 por mil. Así pues, los sucesivos filtros "justifican" los recursos e inconvenientes de los distintos niveles (Gérvas 2006a; Gérvas 2006b). Y

4. Trasladar en un tiempo prudencial a los profesionales los conocimientos y prácticas de reconocido fundamento científico. En la actualidad este tiempo es de unos veinte años de media, excesivo desde todos los puntos de vista y explicación del abismo que existe entre lo que podría hacer el sistema sanitario y lo que en la práctica hace (Ortún 2006). Esta cuestión se refiere tanto al campo clínico como al de la salud pública (buen ejemplo mixto es del retraso en la aceptación, difusión y práctica de la revacunación antitetánica, una vez en la vida a los 65 años tras la serie infanto-juvenil) (Palomo 1987; Palomo 2007).

El sistema sanitario cuenta con recursos financieros, materiales, personales y de conocimiento. Estos últimos son clave pues inteligentemente empleados permiten la consideración de los valores implicados, el planteamiento de los problemas en su contexto, la selección de cursos de acción, la consideración de sus coste-oportunidad, el diseño de políticas encaminadas a su resolución, la monitorización del proceso de implantación y de su impacto en la salud de los individuos y poblaciones y el reinicio del proceso para corregir ineficiencias e inequidades. Es clave, pues, la transmisión inteligente del conocimiento tanto a los decisores (políticos y gestores), como a los profesionales (de atención clínica y de salud pública), a los pacientes y sus familiares y a la población en general.

Inteligencia sanitaria

Durante años, el monopolio de la "inteligencia" por los militares y espías dio pie a frecuentes chistes y bromas acerca, por ejemplo, del oxímoron "inteligencia militar". Cabe hoy preguntarse si también es un oxímoron el término "inteligencia sanitaria", dado el

aparentemente escaso uso de la inteligencia en la resolución de los problemas de salud.
Los sistemas sanitarios son cada vez más costosos (se llevan en torno al 10% del Producto Interior Bruto, sin apariencia de que las innovaciones tecnológicas y científicas disminuyan el coste, sino al contrario), la ineficiencia reina por doquier, la inequidad persiste y se agrava, hay una pobre gobernación de la política, gestión y aplicaciones sanitarias, y la transparencia brilla por su ausencia a todos los niveles. Visto desde fuera, el sector sanitario es un monstruo inentendible (para los estudiosos) y atractivo (para la población), ingobernable (para políticos y gestores) e insaciable (de recursos financieros, materiales y humanos), cuyas promesas de reducción del coste y producción de salud no siempre se cumplen. Su peso empieza a ser insoportable, por su peligrosidad y competencia con otros servicios que también producen salud, como los de sectores sociales, educativos y de políticas de trabajo, vivienda e infraestructuras.
Si existe una inteligencia sanitaria debe llevar a una visión política que permita modelar sistemas sanitarios capaces de cumplir sus fines en forma eficiente. Se trata de dar apoyo para la toma de decisiones correctas con impacto positivo en la salud de pacientes y poblaciones; es decir, se trata del uso inteligente del conocimiento. Por ello, podemos definir inteligencia sanitaria como “la selección y presentación adecuada de conocimiento sobre salud y sistemas sanitarios en forma global y adecuada al contexto, con consideraciones específicas sobre prioridades, alternativas y coste-oportunidad e identificación de las barreras y de los mecanismos que permitan la toma de decisiones correctas y su consecución hasta lograr demostrar que cambian en el sentido deseado la salud de individuos y poblaciones”.
Hay que decidir bien, pero además lograr que la decisión correcta cumpla sus objetivos en salud; es decir, la inteligencia sanitaria debería generar el conocimiento que permite el cambio (del sistema sanitario) que lleva al cambio (de la salud de individuos y poblaciones).
Por ejemplo, supongamos que la infección genitourinaria por clamidias se considere un problema de salud, y que un político decida abordarlo. Sería inteligencia sanitaria emplear datos e información (epidemiológica, clínica, geográfica, de salud pública, antropológica, sociológica, etc.) para generar conocimiento que diera idea exacta de la relevancia e importancia del problema, tanto desde el punto de vista sanitario como social y económico. Ello supone considerar el conjunto global de la conducta sexual humana

y de sus “complicaciones”, como las enfermedades de transmisión sexual, y su impacto en salud. Sería fundamental poner este conocimiento en el contexto de la población a que se refiere para considerar prioridades, alternativas y coste-oportunidad de las mismas; sobre todo, habría que considerar las posibilidades de actuación a través del sistema sanitario y fuera de él. Por último es clave identificar las barreras y resistencias que se opondrán al cambio, las formas de superarlas y sus costes, y los mecanismos precisos para llevar hasta sus últimas consecuencias (los efectos perjudiciales de las infecciones genitourinarias por clamidias) las alternativas seleccionadas. Componente fundamental es estimar el tiempo y la evolución previsibles, y presentar de forma sucinta y clara las recomendaciones, en un formato adecuado a cada decisor implicado.

Dos buenos ejemplos de decisiones inteligentes fuera del sistema sanitario con uso de conocimiento apropiado son: 1/ el programa de “bandera azul” para las playas de países de la Unión Europea, que estimula su adecuación y conservación según unas normas que define la propia Unión Europea, pero llevan a cabo para conseguir la “bandera azul” los países y municipios afectados; los beneficiados son los usuarios que seleccionan playas con “bandera azul” pues saben que su presencia asegura unos determinados servicios y condiciones (agua del mar sin contaminar, baños públicos, duchas, acceso para minusválidos, socorristas, etc.), y 2/ la lucha de Brasil para lograr que EEUU elimine los subsidios a los agricultores de algodón (unos pocos de miles, concentrados en Tejas) que distorsionan el mercado, perjudican a Brasil y llevan a la ruina a millones de agricultores de países pobres (Malí y Chad entre ellos) que producen casi artesanalmente un algodón de muchísima mejor calidad que el estadounidense; Brasil ha conseguido vencer en la batalla comercial y puede aplicar en 2010 medidas de compensación como romper patentes y copyright de productos estadounidenses de forma que dañe a su oponente y se beneficie y beneficie a terceros (en ese sentido sería simbólico romper las patentes de genes, como del BRCA, por su futuro impacto en el comercio y la salud mundial).

Inteligencia sanitaria y contexto

Respecto a la presentación y selección del conocimiento es imprescindible el uso de la información geográfica, los “atlas” tipo atlas de “mortalidad evitable en Europa”, o de “variaciones de la práctica clínica en España”. La aparente simplicidad de los atlas da idea de la manera en que se puede presentar información muy

complicada de forma que se entienda sin ver ni números, ni tablas, ni casi “estadística”. En cualquier caso la información geográfica ha sido erróneamente olvidada desde su esplendor a finales del siglo XIX, y conviene que brille de nuevo con fuerza mediante el uso de inteligencia sanitaria.

Así mismo, es clave la información y el conocimiento que tenga en cuenta los grupos sociales, no sólo los marginales. Por ejemplo, el uso de urgencias hospitalarias por trabajadores en activo frente al resto de la población (no siendo una “minoría”, los trabajadores tienen graves problemas de acceso a los servicios sanitarios como se demuestra por el uso vicariante de los dispositivos de urgencia). Es importante el conocimiento sobre salud según clases sociales, niveles de educación y de ingresos y de otros sistemas que permiten combinar geografía y situación social, como lugar de residencia, por ejemplo. Se ha demostrado así, en Francia, que para la vacunación de la hepatitis B es más importante la distancia geográfica entre el lugar de residencia y el despacho de un médico general que la clase social del paciente (Monnet 2008).

Lo decisivo es que la información tenga en cuenta el contexto histórico, político y social a que se refiere y que tenga contenido político (que esté orientada a la acción). No es fácil, pues la mayor parte del conocimiento científico tiene como mucho validez interna (lo que dice es cierto en las condiciones en que se generó) pero el componente de validez externa es escaso, o nulo (no sabemos si la extrapolación es posible, y con qué resultados). Sirva un ejemplo externo al campo sanitario para dar relevancia al “contexto”: en la traducción de un poeta ruso al brasileño lo clave es que la traducción la haga un poeta brasileño, y no tanto el conocimiento de la lengua rusa, pues el poeta brasileño conoce el “contexto”, lo clave en una buena traducción. Este ejemplo sirve para cualquier campo pues lo importante es conocerlo en profundidad, además de entender adecuadamente el problema y las limitaciones de las fuentes originales.

Inteligencia sanitaria y los poderes no formales

La inteligencia sanitaria no es un monopolio del sistema sanitario público, ni de los poderes formales. En las sociedades desarrolladas y democráticas estos poderes formales son los que normalmente toman las decisiones políticas. Pero progresivamente el poder se diluye y son más y más los individuos y las organizaciones formales e informales decisivas en la toma de decisiones. Buenos ejemplos son las vacunas, como las del virus del papiloma humano y el de la gripe, demostración de que la lógica

científica está bien lejos de la lógica política [¿otro oxímoron?]; en este caso, en el de la vacuna contra la gripe A, las poblaciones europeas han demostrado mucha mayor inteligencia sanitaria que las propias autoridades. Este ejemplo, de inteligencia sanitaria intuitiva de la población europea, sirve de acicate para los que creemos que no todo es consumismo sanitario ni búsqueda desesperada de la juventud eterna. En todo caso, una buena inteligencia sanitaria debería ser capaz de identificar y aconsejar cómo "manejar" los poderes formales e informales clave en el asunto que se trate.

Entre los nuevos poderes informales, el de los "expertos", generalmente de la academia, pero también de la clínica. Existen "pirámides" de expertos, habitualmente médicos de prestigio, que van desde la cúspide internacional a los grupos de las sociedades de médicos generales. Emplean la inteligencia sanitaria para lograr los fines de los que les financian, en general mediante el poder de definir salud, factor de riesgo, enfermedad y pre-enfermedad (Gérvas 2006a). El corolario tras la definición es el empleo de determinados métodos diagnósticos y terapéuticos; a veces métodos beneficiosos, a veces en contra de los intereses de los propios pacientes y de la sociedad, como en el caso de la auto-determinación de la glucemia en diabéticos no-insulinodependientes, o el empleo sistemático de la "terapia hormonal sustitutiva" en la menopausia (Sacket 2002). Lo que dominan los expertos es la definición del umbral de enfermedad, que cada vez baja un peldaño para justificar más y más intervenciones ("la intensidad de uso", ya comentada) (Gérvas 2006a). Con los expertos la prevención amplía su campo sin límites y a un enorme coste económico y en salud.

Las industrias, como los expertos, cumplen una función social loable cuando efectivamente cumplen sus fines previstos, pero en ocasiones puede más el afán incontrolado de lucro. Conviene no centrarse sólo en las industrias farmacéuticas, ciertamente una clave para entender la deriva al consumismo sanitario, pues son muchas las implicadas, desde diversos sectores como la tecnología del diagnóstico, las prótesis, la comunicación (los medios), la información (ordenadores e informática), la organización, el análisis y asesoría, etc., sin olvidar el poder informal de las múltiples ONG que en muchos casos condicionan las políticas sanitarias para el cumplimiento de sus fines, sin atender a los perjuicios que causan. Esta amalgama poderosa llega a condicionar la política sanitaria, como bien demuestra en España el fracaso de un mejor control del consumo de vinos y otras bebidas alcohólicas, que probablemente

le costó el puesto a la Ministra de Sanidad de turno (Elena Salgado).
Las industrias y los expertos coinciden con el enorme poder de las clases altas (y capas altas de la clase media) que ven al sistema sanitario como la suma de organizaciones verticales: “a cada enfermedad un médico, programa, actividad y organización”. Estas clases se desarrollaron al tiempo que el capitalismo y las especialidades médicas, y reclaman el acceso directo a los especialistas, la ausencia de filtros y las organizaciones verticales. Todo lo consiguen, sobre todo el acceso rápido a los especialistas (Rodríguez 2004; van Dooslaer 2006) Lamentablemente, estas clases sociales son las que atribuyen “crédito social”, y su rechazo al uso de la atención primaria y del médico general conlleva un grave freno para el diseño racional de políticas sanitarias. Siempre logran la exclusividad y la excepción, incluso cuando utilizan el sistema público, que suele actuar de “complemento necesario” para cubrir las deficiencias del privado en situaciones especiales y de gran coste, como los transplantes.
Además, la prevención es también importantísima para los individuos de estas clases sociales, pues sus expectativas de vida y su bienestar justifican cualquier inversión actual aunque sea con un beneficio muy en el futuro y muy tenue. El giro a la prevención del sistema sanitario que preconizan los políticos al uso cuadra bien con los intereses de las clases media y alta, con los de los expertos, y con los de las distintas industrias. No es extraño que este cúmulo de intereses lleve al desprecio de los daños que conlleva toda actividad preventiva (Gérvas 2008c; Gérvas 2009).
Por último, es función de inteligencia sanitaria el identificar líderes y organizaciones con los que se pueda contar para llevar a cabo las decisiones. En el mundo sanitario no faltan ni líderes ni organizaciones con prestigio reconocido y capacidad de influencia, pero hace falta identificarlos y “saber jugar” con sus cartas. Por ejemplo, en Europa ha sido fundamental en el éxito de las reformas de la atención primaria el apoyo y colaboración con las sociedades de médicos generales/de familia (Gérvas 2006c).

Visión de la atención primaria con inteligencia sanitaria

La atención primaria es primaria de “primera” (la primera línea) y es básica (según califican en Brasil), no de elemental sino de “fundamental”. Como he señalado, en la organización de los sistemas sanitarios es clave que haya niveles de atención de forma que los recursos se adecuen a las necesidades; así, se justifica la concentración de recursos personales y materiales en los hospitales

cuando atienden según episodio a una población de pacientes seleccionados (con problemas graves, infrecuentes y complejos). Una atención primaria sólida sirve de filtro y protege a los pacientes que no necesitan los cuidados ocasionales de los especialistas (Gérvas 2005; Gérvas 2006b). Esta atención primaria precisa de inteligencia sanitaria que dé apoyo a una visión global y en su contexto de forma que logre crédito social.

Una atención primaria sólida:

1. Limita las barreras al máximo, de forma que asegura una accesibilidad efectiva según necesidad; ello exige una organización flexible que rompa las barreras geográficas, culturales, administrativas, económicas y otras (por ejemplo, para que el paciente terminal a domicilio sea controlado por su propio médico de cabecera, también "fuera de horas laborales"). A este respecto no basta con un sistema sanitario de cobertura universal y gratuito en el punto del servicio, pues los "co-pagos" existen siempre y suelen pagarlos más los miembros de la clase baja (son costes en tiempo, como el estar en "listas de espera tontas", sin criterios de gravedad y necesidad que se saltan fácilmente los pacientes de clase media y alta, como los propios profesionales sanitarios y sus familiares y conocidos). Las barreras de los centros de salud de propiedad pública, como en Brasil, España, Finlandia y Portugal, logran que se formen listas de espera para ver al propio médico de cabecera, de forma que sólo los pacientes crónicos estables obedientes acceden regularmente a sus médicos (y a ellos se aplican con rigor protocolos y programas generalmente innecesarios, cuando no peligrosos). Los centros de salud se quedan con una población "esclava" mientras los problemas agudos y las descompensaciones de los pacientes crónicos acaban en sistemas alternativos "de urgencia" muchas veces mal coordinados con los centros de salud (pero muy bien vistos por la población y los políticos que cada vez dedican más recursos a las "urgencias", en un círculo en que se desprestigia la atención primaria, se pierden habilidades por sus profesionales para atender a urgencias y se inician incontables cascadas peligrosas e innecesarias, diagnósticas y terapéuticas).
2. Implica el compromiso personal de los profesionales con su población y sus pacientes. La longitudinalidad es básica y central en atención primaria y se basa en la relación personal entre médico y paciente, de forma que se prestan servicios variados y para la mayor parte de los problemas de salud por

el mismo médico a lo largo de los años. La longitudinalidad se pierde cuando el médico se traslada, y con ello también se pierde una gran parte de la eficiencia de la atención primaria, pues el conocimiento acumulado del paciente, su familia y su comunidad permite al médico tomar decisiones acertadas y a bajo coste (Ortún 1996). Naturalmente, los traslados de médicos son frecuentes en los países de provisión pública y centros de salud, como los señalados arriba. En países con profesionales independientes estos traslados son una excepción, pues el médico general ha "creado" a lo largo de años una lista de pacientes o una clientela que no está dispuesto a perder; es así en Dinamarca, Holanda y Reino Unido, y en general en todos los países del mundo desarrollado, de Japón a Austria, y de Francia a Australia. Los centros de salud con funcionarios se asocian a la "despersonalización" de la atención, y son frecuentes los médicos que se trasladan, como sucede en Brasil.

3. Tiene médicos polivalentes y muy resolutivos. El médico general ofrece en atención primaria servicios muy variados, desde la implantación de DIU a la cirugía menor, pasando por la asistencia de calidad a terminales a domicilio y la atención a los embarazos y partos normales. Para cumplir con esta polivalencia y lograr una gran capacidad de resolución de problemas tiene que controlar la incertidumbre, administrar adecuadamente los tiempos clínicos, renunciar a la tiranía del diagnóstico (la mitad de los casos se resuelven sin diagnóstico), ser flexible y accesible y mantener y acrecentar continuamente su formación científica, técnica y humana. Es clave contar con recursos básicos, desde morfina a material de un solo uso, pero sobre todo es fundamental que se le transmita el nuevo conocimiento en forma que pueda incorporarlo a su práctica clínica diaria. De esta forma la atención primaria logra crédito social, a través del buen hacer del médico general que ofrece calidad clínica en todas sus dimensiones, y sobre éste crédito se pueden construir las vertientes comunitarias y de promoción de la salud.
4. Tiene papel de filtro para el acceso a los especialistas y hospitales. El monopolio de acceso a la atención especializada es clave para la prevención cuaternaria (evitar el daño que provoca el sistema sanitario en su actividad). El papel de filtro exige una buena coordinación entre primaria y especializada, y la cesión de poder al médico general. Buen ejemplo es el Reino Unido cuando se exige la derivación del

médico de cabecera incluso si un especialista de hospital quiere ser visto por otro colega del mismo (el dinero sigue a la derivación, y sin ésta el hospital ve disminuido su presupuesto). El papel de filtro se asocia tradicionalmente al pago por capitación, y este a la existencia de listas de pacientes. Pero el filtro puede ser funcional, como existe de antiguo en Canadá y se ha implantado en Alemania, Bélgica y Francia; por ejemplo, el médico especialista francés tiene mayor remuneración si el paciente viene derivado del médico general que si accede directamente (naturalmente, es el propio médico especialista el que "enseña" al paciente la importancia de pasar primero a ver al médico general). Las formas de pago son muy importantes para determinar la actividad médica, tanto en positivo como en negativo.

Conclusión

Aparentemente, la inteligencia es un bien muy justamente repartido entre los humanos, pues nadie suele quejarse de su carencia. Sin embargo, es infrecuente el uso inteligente de la información sanitaria para que genere conocimiento que permita tomar decisiones que lleven a cambios organizativos o de la práctica clínica que cambien en forma previamente definida la salud de pacientes y poblaciones; por infrecuente que sea, es imprescindible.

Bibliografía básica

- Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med. 1988;318:414-8.
- Bertrán JM, Collazo E, Gérvas J, González P, Gracia D, Júdez J et al. Guía de ética en la práctica clínica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2005.
- Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med. 1982;306:369-45.
- Durán A, Kutzin J, Martín-Moreno JM and Travis P. Understanding health systems: scope, functions and objectives, in Figueras et al (eds) Health Systems, Health and Wealth. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. [in press].
- Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited. Protecting patients from overtreatment. N Engl J Med. 1992;327:424-9.

- Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. Patient Educ Couns 2006; 60(3):267-271.

- Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria 2005a;35:95-98.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol 2005b;8:205-218.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. Gac Sanit. 2006a;20(Supl 3):66-71.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006b;9:384-400.

- Gérvas J, Pérez Fernández M. Western European best practice in primary health care. Eur J Gen Pract 2006c;12:30-33.

- Gérvas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clín (Barc). 2007;128:540-4.
- Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. Cad Saúde Pública (Río de Janeiro). 2008a;24(Supl 1):24-6.
- Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? Lancet. 2008b;372:1997-9.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Falsas promesas de eterna juventud en el siglo XXI. Gilgamesh redivivo. FMC. 2008c;15:1-3.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y las actividades preventivas. Rev Innovación Sanit Aten Integrada. 2009;1(4):6 http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss4/6/
- Gérvas J, Serrano E. Valores clínicos y prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En: Expectativas y realidades de la atención primaria española. Madrid: Fundación 10 de mayo-Ediciones GPS; 2010. p. 245-59.
- Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;I:404-12.
- Hasting Center. Los fines de la Medicina. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas; 2004.

- Heath I. In defence of a National Sickness Service. BMJ. 2007;334:19.
- Khoshnood B, Vigan C, Vodovar V, et al. F, Blondel B. Advances in medical technology and creation of disparities: the case of Down syndrome. Am J Public Health. 2006;96:2139-44.
- Mold JW, Stenein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. N Engl J Med. 1986;314:512-4.
- Monnet E, Ramée C, Morello A, et al. Socioeconomic context, distance to primary care and detection of hepatitis C. Soc Sci Med. 2008;66:1046-56.
- Ortún V, Gérvas J. Fundamento y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clín (Barc). 1996;106:97-102.
- Ortún V. Mejor (servicio) es más (salud). Rev Esp Salud Pública. 2006;80:1-4.
- Palomo L. Estudio seroepidemiológico de la inmunidad antitetánica postvacunal en Barrado (Cáceres). Rev San Higiene Pública. 1987; 61: 1201-8.
- Palomo L, Gervas J. Profilaxis antitetánica en urgencias y medicina defensiva. Med Clin (Barc). 2007; 129(16): 638-9
- Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clín (Barc). 2002;118:65-7.
- Regidor E, Mateo S, Calle ME, Domínguez V. Educational level and mortality from infectious diseases. J Epidemiol Community Health. 2002;56:682-3.
- Rico A, Saltman RB, Boerma WB. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. Social Policy Administr 2003; 37:592-608.Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. Milbank Q. 2002;80:237-80.
- Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. Health Econ. 2004;13:689-703.
- Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ. 2002;167:363-4.
- Sen A. Health perception versus observation. BMJ. 2002;324:860-1.
- Smith R. The ethics of ignorance. J Med Ethics. 1992;18:117-34.
- Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA. 2000;284:483-5.

- Starfield B, Gérvas J. Family Medicine should encourage its clinicians to suspecialize: negative position. In: Ideological debates in Family Medicine. Buetow SA, Kenealy TW (ed). New York: Nova Publishers; 2007. p 107-19.Torio J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. AMF. 2006;2:320-31.
- van Dooslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006;174:177-83.
- Verdú V. Pornoprevención. El País, 3 de mayo de 2003 (nº 9350); p.29.