

## Algunas cuestiones clínicas esenciales y su relación con la inteligencia sanitaria<sup>1</sup>

Juan Gervas, médico general, Equipo CESCA, Madrid (España). Profesor Visitante de Salud Internacional (Escuela Nacional de Sanidad) y Honorario de Salud Pública (Universidad Autónoma, Madrid)

[jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es) [www.equipoCESCA.org](http://www.equipoCESCA.org)

### **1. Los médicos nos gobernamos por el sufrimiento del paciente.**

De hecho hemos sido “programados” para responder con acciones varias tendentes a la resolución o al alivio del sufrimiento del paciente y de sus familiares. Es una exigencia y es una respuesta tan firme, la del alivio del dolor, del agobio y del sufrimiento, que se convierte en guía y norma de la conducta diaria del médico en su consulta.

En ello encuentra el médico satisfacción y estímulo para mantener durante años su formación y actividad.

Los fines de la medicina se pueden resumir en la evitación/alivio del sufrimiento y la ayuda a bien morir. La reflexión ética sobre estos dos principios es parte fundamental de la prestación inteligente de cuidados y servicios. En el cumplimiento de estos dos fines el médico encuentra autoestima y sensación de cumplimiento del deber. Una buena atención valora los fines y su cumplimiento, al tiempo que respeta los otros principios éticos básicos.

Puesto que el sufrimiento es lo que mueve a los médicos, en el buen gobierno clínico es clave trasladar las cuestiones prácticas técnicas al campo ético del compromiso del médico de cabecera con sus pacientes y su población.

Los políticos y gerentes deberían ser respetuosos con los dos fines de la medicina, y contribuir a su consecución. Así mismo, es cuestión central para la profesión que estos fines se cumplan. Por ello lo inteligente sería hacer llegar a la consulta del médico clínico la información y el conocimiento en forma que se potenciara la capacidad del profesional para cumplir dichos fines.

Así, en un ejemplo respecto al cáncer de próstata y a su diagnóstico precoz, conviene que al clínico se le haga llegar el conocimiento de que ni la determinación del PSA ni el tacto rectal añaden vida a los pacientes ni contribuyen a aliviar sus molestias prostáticas. Es decir, ambas prácticas “preventivas” son inútiles (y peligrosas) pero sobre todo no ayudan en el cuidado clínico del paciente.

El médico clínico precisa información que le lleve a no practicar esta falsa prevención, pero también información que le sirva para dar respuesta a la incomodidad e inconvenientes del sufrimiento que conlleva la hipertrofia prostática benigna. En el intento del alivio de esas molestias está mucha de la aceptación de la “búsqueda heroica” del posible cáncer de próstata y de su extirpación a la más

---

<sup>1</sup> Texto para debate en el Tercer Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP), celebrado el 15 octubre 2010, en Madrid, con el título general de "Necesidades y posibilidades de inteligencia sanitaria en la clínica diaria". Organizaron la Fundación Ciencias de la Salud (Madrid) y el Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (Barcelona). Con el patrocinio de GSK y la Organización Médica Colegial de España.

Este texto se distribuye bajo licencia [Creative Commons by-nc-sa 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/), por lo tanto se puede distribuir libremente y reelaborar a condición de citar al autor, no utilizarlo para fines comerciales y mantener el producto subsiguiente bajo este mismo tipo de licencia ([licencia completa](#)).

mínima duda.

De forma complementaria es esencial difundir conocimiento que “alivie” la sensación de fracaso cuando se atiende al paciente terminal por cáncer de próstata, pues en cierta forma esta muerte se llega a considerar, equivocadamente, como médicamente evitable.

Con conocimiento adecuado, el médico puede tomar decisiones racionales (cuyo fundamento transmita al paciente) y lograr el uso apropiado de los recursos entre ambos. En parte, se trata de marcar los límites de la medicina (ética de la ignorancia), pues hoy no se puede hacer cribado del cáncer de próstata, dadas las limitaciones de nuestro conocimiento y, por consecuencia, la mortalidad por cáncer de próstata no es evitable, en general. La “prevención” del cáncer de próstata conlleva el sobrediagnóstico del 60% (más de la mitad de los cánceres extirpados no hubieran evolucionado ni matado al paciente).

La medicina paliativa no se aplica sólo a las situaciones de pacientes terminales, sino a cualquier sufrimiento para el que no haya remedio curativo. En el ejemplo del cáncer de próstata, no es tanto negarse a la prevención insana o sentirse fracasado ante una muerte, sino dar respuesta al sufrimiento del paciente. Eso es lo que gobierna al médico clínico. Y la inteligencia sanitaria debería ayudar en ese buen gobierno transmitiendo información y conocimientos adecuados.

Esta información debería ser la mejor, de las mejores revistas y estudios, pero en forma de “píldoras” que faciliten la adopción de pautas en la consulta a rebosar. Es clave incluir datos sobre efectos adversos de las actividades preventivas y terapéuticas. Convendría, además, añadir información “local” sobre mortalidad por cáncer de próstata, tasas de intervenciones sobre esta enfermedad, variación según CCAA y áreas de salud, “intensidad” del esfuerzo preventivo (uso de PSA) y utilidad de los medicamentos y del tratamiento de la hipertrofia prostática y del cáncer de próstata. Son claves los datos al respecto del propio médico, para que pueda contrastar sus decisiones con las que podrían ser más racionales.

Naturalmente, el esfuerzo debería centrarse en aquello más frecuente e importante, más vulnerable a la intervención médica y más relevante para la sociedad. Buen ejemplo es del cáncer de próstata. ¿Los servicios que ofrecemos son los que mejor resultado producen respecto al alivio del sufrimiento y la dignidad de la muerte?

## ***2. Primum non nocere.***

No basta con buscar el alivio del sufrimiento del paciente y de sus familiares, pues se trata de hacerlo sin crear más complicaciones, sin provocar más sufrimiento. Ya lo vieron los primeros teóricos médicos e hicieron universal el *primum non nocere*.

La respuesta no puede ser alocada sino proporcionada, que no cause más daños que beneficios. La respuesta al menos no empeorará el curso natural de los acontecimientos. El viejo *primum non nocere* se traduce hoy en una determinación enconada para evitar el daño que provoca la actividad médica, especialmente cuando la intervención es totalmente innecesaria. Para ello, el médico precisa autonomía, conocimientos científicos sólidos y actualizados, dotes de comunicación, independencia y capacidad de resolución (que le dé crédito ante sus pacientes).

Es prevención cuaternaria el conjunto de actividades que tratan de evitar dichos daños y si es posible evitar la actividad médica innecesaria. Se precisa mucha inteligencia sanitaria para tener

fortaleza y formación constantes, para responder con humanidad y ciencia ante las propuestas de una medicina mercantilizada y de una sociedad medicalizada.

Las actividades sanitarias siempre conllevan daño y de lo que se trata es de que el médico clínico elija y proponga a sus pacientes las que tengan gran probabilidad de conseguir beneficios que compensen en mucho el daño. Cumplir con este objetivo clínico es en gran parte procurar ofrecer “seguridad” al paciente, en el sentido de hacer lo que hay que hacer en el 100% de los pacientes en que hay que hacerlo (y no hacer lo que no hay que hacer en el 100% de los pacientes en que no hay que hacerlo). Justamente es lo contrario de lo que se demuestra reiteradamente en el tratamiento del riesgo y de la enfermedad cardiovascular, por ejemplo. Así, reciben tratamiento con estatinas quienes no las necesitan (y se someten a los posibles daños sin beneficio alguno) y no las reciben quienes las precisan (y de esta forma se les niegan los posibles beneficios del tratamiento).

El conocimiento médico se pretende actualmente “científico” sobre todo por el uso de la estadística y de los ensayos clínicos (ambos “promocionados” por la Medicina Basada en Pruebas). Pero todo ello aporta poco ciencia, en el sentido de ayudar a seleccionar lo clínicamente relevante, aquello que aporta “valor” al acto clínico. Aportar valor es lograr la realización de actividades que ofrezcan más beneficios que daños.

Los políticos y gerentes deberían ser respetuosos con el *primun non nocere* y ayudar al médico clínico a su consecución. En la práctica clínica eso se transforma en prevención cuaternaria, concepto que debería ser parte consustancial de toda la formación médica continuada. Así mismo, es cuestión central para la profesión que la prevención cuaternaria ayude a proteger al paciente, a introducir seguridad en la atención. Por ello lo inteligente sería hacer llegar a la consulta del médico clínico la información y el conocimiento en forma que se potenciara la capacidad del profesional para cumplir dicha prevención cuaternaria.

En el ejemplo citado, sobre una cuestión frecuente e importante, vulnerable a la intervención médica y relevante para la sociedad, lo científico es lograr que el médico sepa que la prevención primaria del riesgo cardiovascular no se justifica en la mayoría de los casos.

Por ello es absurdo la aplicación de las “tablas de riesgo” cardiovascular como si fueran tablas de decisión; habría que eliminarlas del arsenal del médico clínico y reservarlas para el salubrista (el médico de salud pública). Convendría mantener al día al médico clínico con resúmenes de lo mejor al respecto, y hacerle llegar datos “locales” que demuestren la “disonancia” entre el esfuerzo terapéutico (sobre todo medicamentos) y el pobre resultado en salud (morbilidad y mortalidad cardiovascular, y efectos adversos de la medicación, desde hipocalemias a rabiomiolisis). Entre los datos, los del propio médico, especialmente en lo referente a la adecuación del “esfuerzo preventivo” al problema del paciente (por ejemplo, uso de estatinas en pacientes con infarto de miocardio, y no uso en pacientes sin enfermedad coronaria).

En la prevención hay todo un campo de “prevención cuaternaria”. En la actualidad las propuestas preventivas conllevan en muchos casos un balance negativo, como ya he señalado a propósito de la “prevención del cáncer de próstata”. Sucede lo mismo con la prevención primaria de la isquemia de miocardio mediante el uso de estatinas. Lamentablemente, la prevención sin límites se ha convertido en un peligro real para los pacientes (y también para el médico general, que consume ingentes recursos, especialmente su tiempo). Es un ejercicio tenso el de intentar emplear inteligencia sanitaria para mejorar el uso de la prevención, y limitarla a sus aplicaciones estrictamente beneficiosas. Es decir, aquellas pautas preventivas en que se pueda sostener el principio básico de “no hacer daño”, y menos a una persona sana. No basta con la buena intención, hace falta ciencia

que permita aplicar aquello que produce más beneficio que daño.

¿Los servicios que ofrecemos son los que mejor resultado producen respecto al *primun non nocere*?

### **3. *Lex artis ad hoc*.**

Suelen existir respuestas múltiples para el sufrimiento del paciente y hay que elegir la más conveniente para la situación y el caso concreto. Es lo que se llama *lex artis ad hoc*, la adaptación de la mejor norma al paciente. Para ello, el médico de cabecera tiene una situación excepcional pues suele conocer profundamente al paciente en su contexto familiar y social.

El médico general puede ayudar al paciente a decidir entre las alternativas, de forma que la elegida se adapte tanto a su idiosincrasia como a sus expectativas y a su situación en la vida. Existe toda una corriente médica que tiene en cuenta “la narración”, el relato del acontecer de los problemas de salud en cada paciente, con su entorno y que puede ayudar a conseguir *lex artis ad hoc*. Es la medicina narrativa, poco presente entre nosotros, al menos como publicaciones.

La atención primaria tiene por núcleo la prestación de servicios a la persona a lo largo de toda la vida; son en teoría servicios no centrados en un problema concreto y que se suman en un continuo sin fin. Es clave el conocimiento de un cúmulo de circunstancias personales y culturales, pues ello permite adaptar las respuestas profesionales a las necesidades más profundas de individuos y de poblaciones. Pero hay poco científico empírico acerca de cómo mejorar este aspecto central, la longitudinalidad, y se precisa inteligencia sanitaria para poner lo mejor de la ciencia al servicio de lo mejor de la humanidad (del trato humano y cercano).

Los políticos y los gerentes deberían ser respetuosos con la adaptación por el médico de las diversas respuestas al problema del paciente concreto. Las normas sirven de orientación, y la mejor formación ayuda a ofrecer lo que más se adapta a la situación del paciente, en su entorno y valorando el conjunto de sus problemas.

No se trata de artesanía sino de arte, la medicina como arte con fundamento científico. En ese sentido el médico general necesita conocer bien a sus pacientes y su población, al tiempo que precisa de la confianza de sus “superiores” en el sentido de que puede y debe aplicar los conocimientos según *lex artis ad hoc*. En la práctica clínica eso se transforma en variabilidad racional, concepto que debería ser parte consustancial de toda actividad profesional (y por la que debería “responder” el médico en su caso).

Así mismo, es cuestión central para la profesión que la atención se preste según necesidad, según cada paciente, para confirmar la supremacía del “no hay enfermedades sino enfermos”. En ese sentido la atención primaria tiene que tener más “arte” que la atención especializada, ya que ésta podría ser más “uniforme”, más uniforme en el sentido de respuesta normalizada.

Por ello lo inteligente sería hacer llegar a la consulta del médico clínico la información y el conocimiento en forma que se potenciara la capacidad del profesional para trabajar cumpliendo la *lex artis ad hoc*. Pero esto no es fácil, pues en los ensayos clínicos faltan habitualmente datos que faciliten su validez externa, su extrapolación a otros ambientes y pacientes. En general, los ensayos clínicos carecen de datos tan básicos como educación y clase social de los pacientes, imprescindibles en la práctica clínica diaria. Lo habitual en los ensayos clínicos es justo la selección extrema de los pacientes y las instituciones y ello limita en mucho la aplicación de sus resultados en

las situaciones reales.

Por ejemplo, el mejor seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca se ha estudiado en ensayos clínicos múltiples, en los que raramente se ha incluido a la atención primaria y al médico general. Así, lo que sabemos sobre las tres condiciones básicas para mejorar la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca se aplica bien a la atención primaria (fácil acceso a un profesional de confianza, visitas a domicilio y capacitación del paciente y de sus familiares), pero su aplicación se ha hecho a partir de las “unidades” hospitalarias de insuficiencia cardíaca. El peligro es tanto el mal seguimiento de estos pacientes como el que pasen a la “órbita” hospitalaria.

En este ejemplo, de un síndrome importante y frecuente, vulnerable a una buena atención por el médico general y relevante para la sociedad, la inteligencia sanitaria implicaría trasladar a primaria las tres condiciones básicas señaladas, más los fundamentos farmacológicos básicos (empleo de IECA, beta-bloqueantes y diuréticos). Los datos que demuestran su eficacia tiene fuerza por sí mismos, pero estaría bien acompañarlos de datos “locales” acerca del tratamiento y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca (ingresos y mortalidad incluidos).

¿Los servicios que ofrecemos son los que mejor resultado producen respecto a la *lex artis ad hoc*?

#### **4. Multimorbilidad.**

Existen respuestas múltiples posibles a cada problema de salud y frecuentemente el paciente tiene simultáneamente varios problemas de salud. La suma de las respuestas puede ser peligrosa sino se armonizan y adaptan a la situación general del paciente. No basta con excelentes respuestas a cada uno de los distintos problemas sino el lograr una respuesta global que consiga la mejor resultante posible. Ello convierte en central el buen trabajo del médico general, capaz de “sumar” saberes, muchas veces intuitivamente.

Es relativamente fácil elaborar una respuesta apropiada a cada problema de salud para un paciente “medio/típico”, sobre el que se suele encontrar información científica en los ensayos clínicos. Pero los pacientes “medios/típicos” son generalmente escasos en atención primaria. Por ello, la simple existencia de una guía con fundamento científico es sólo una ayuda en la decisión, pero nada más.

Las cosas se complican en el paciente habitual con problemas crónicos múltiples, tanto en el seguimiento combinado de los mismos como durante la presentación de problemas agudos. Se precisa de mucha inteligencia sanitaria para valorar en general las guías y protocolos, para su aplicación al caso y situación concreta y para su combinación adecuada en pacientes con problemas crónicos múltiples y con problemas agudos ocasionales. Esta inteligencia se refiere al empleo de conocimiento científico, pero también al uso de proporciones adecuadas de tiempo y profesionales, delegación de tareas y cooperación de los servicios clínicos con los sociales y los de salud pública. Por ejemplo, el seguimiento de los pacientes con psicosis es manifiestamente mejorable, tanto en lo que se refiere a su enfermedad de base como a sus problemas biológicos y sociales.

En teoría la medicina general/de familia se presenta como “bio-psico-social” pero en la práctica deja mucho que desear al respecto, y buen ejemplo es el de los pacientes con psicosis. Es un problema importante y frecuente, vulnerable a la atención médica y relevante socialmente, por lo que habría que emplear inteligencia sanitaria con el objetivo de mejorar su tratamiento y seguimiento, especialmente en lo que se refiere a la coordinación de cuidados tanto con psiquiatría como con servicios sociales. Convendría repasar en píldoras lo que se sabe sobre tratamientos (evitando los

sesgos a favor de “nuevos” medicamentos, frecuentes en este campo) y seguimiento de los pacientes. Muy ilustrativo sería el empleo de casos “locales” (medicina narrativa) para hacer evidentes las limitaciones en su abordaje bio-psico-social; por ejemplo, el retraso diagnóstico en cuadros agudos, tipo apendicitis e infarto de miocardio.

¿Los servicios que ofrecemos son los que mejor resultado producen respecto a la multimorbilidad?

## **5. Cambio tecnológico y social.**

Las expectativas sociales e individuales llevan a esperar la juventud eterna a través de los éxitos de la medicina, y sobre todo de la prevención. Por contraste, la cruda realidad lleva a la sensación de enfermedad y malestar continuo entre las poblaciones de los países desarrollados, por más que estemos en una situación global de un pico máximo de salud en la historia de la Humanidad. Esta paradoja explica la receptividad a los excesos médicos preventivos y curativos, en la esperanza de una salud imposible.

El médico de familia se suma sin darse cuenta a estas corrientes “higienistas” que terminan culpabilizando al paciente de toda enfermedad al tiempo que cree posible evitarlas con actividades preventivas. La atención primaria termina equiparándose a prevención, y las actividades preventivas se convierten en centrales; los factores de riesgo gobiernan el gobierno clínico.

Se precisa de mucha inteligencia sanitaria para aplicar correctamente, por ejemplo, las tablas de riesgo de osteoporosis (que de hecho no se deberían utilizar). Si el médico de cabecera tiene un papel central en la prevención es por su especial conocimiento del paciente, lo que le permite adaptar lo mejor y en cantidad precisa teniendo en cuenta las circunstancias y el contexto. En el ejemplo de la osteoporosis, es la densitometría la técnica que “justifica” el encarnizamiento preventivo, por más que los éxitos sean escasos o nulos. Tanto el médico como el paciente se ven enfrentados a los resultados “anormales” de la densitometría, con la consecuente ansiedad y temor en caso de no tomar ninguna acción terapéutica.

En general, las circunstancias sociales y las posibilidades tecnológicas están cambiando. Así, por ejemplo, cada vez son más frecuentes los hogares unipersonales (en algunas ciudades, hasta el 50%), la movilidad geográfica y las alternativas de comunicación y relación, y todo ello crea un entramado en que se difuminan fronteras y límites. No es extraño que la atención hospitalaria se expanda hasta convertir cada dormitorio de la ciudad en una “cama”. El reto mina la atención primaria, pobre en tecnología en muchos países (son excepción de Alemania y Japón, donde el médico general tiene incluso alta tecnología en su consulta). Irónicamente, las posibilidades tecnológicas van en contra de la atención primaria, cuando deberían transferir tareas desde otros niveles de atención. Por ejemplo, los métodos diagnósticos que permiten su uso a la cabecera del paciente, o los medicamentos que facilitan el aborto voluntario en el domicilio del paciente.

Es hora de que la aplicación de la inteligencia sanitaria permita que los avances tecnológicos lleven los servicios de máxima calidad tan cerca del paciente como sea posible, y que sea el médico de cabecera el que los aplique/coordine. La misma inteligencia debería facilitar la dotación tecnológica adecuada de las consultas del médico general, pues hasta ahora lo más avanzado es el lápiz, o su moderno sustituto, el teclado del ordenador.

Por otra parte, vivir en solitario o mudarse temporal/definitivamente con frecuencia debería cambiar las prestaciones y relaciones del médico de familia con estos pacientes; hay otras formas posibles, con tecnologías de la comunicación. También es importante tener muy en cuenta los cambios en la

estructura de la familia, que ya no es siempre la familia unida por lazos sexuales. A la familia hetero y homosexual, se suman otros modelos como la familia que se constituye en forma de “tribu urbana” en la que prima la ayuda mutua y la convivencia a conveniencia, con/sin intercambio sexual.

Como he señalado sobre los hogares unipersonales, las tecnologías pueden ayudar a prestar mejor atención, pero es preciso contar con los servicios sociales para suplementar la “familia” inexistente en muchos casos. La inteligencia sanitaria debería facilitar que los médicos generales fueran conscientes de estos cambios sociales y de las posibilidades tecnológicas para dar la mejor respuesta. No se trata, pues, de considerar sólo el estrecho campo de la tecnología “médica”, en el sentido propuesto en el ejemplo sobre la osteoporosis, sino el examen de todo lo que permite la mejor prestación de servicios. Por supuesto, estas cuestiones son importantes y frecuentes, vulnerables en parte al trabajo del médico general y relevantes para la sociedad. Lo clave es lograr que el médico sea consciente de los cambios, y que “salga” de la consulta para poder valorarlos.

El abuso de la densitometría es sólo un ejemplo, y no el peor si se compara, por ejemplo, con el abuso de la radiología (un verdadero problema de salud pública) y en estos casos el uso de datos “locales” sería muy ilustrativo. En lo social, la necesidad de seguir a los pacientes que cambian con frecuencia de domicilio puede emplearse como ejemplo para el análisis de las mejores respuestas a los cambios sociales. La atención primaria se caracteriza por su flexibilidad, y lo debería demostrar al enfrentarse al cambio social y tecnológico.

¿Los servicios que ofrecemos son los que mejor resultado producen teniendo en cuenta los cambios tecnológicos y sociales?

## **6. Acceso efectivo a cuidados de calidad.**

Dicen los economistas que no hay nada peor que hacer bien las cosas que no se deben hacer. En su ejemplo clásico, extirpar orejas sin infecciones ni otras complicaciones y a un ritmo de cuarenta a la hora por quirófano. En este caso la inteligencia sanitaria no debería insistir en los métodos de mejora del proceso, sino en el análisis de su eficiencia (su valor para la sociedad). El ejemplo real, menos llamativo pero más duro, es el acceso a los servicios sanitarios, y a lo mejor de los mismos, de quienes menos los necesitan. Sirve la tesis doctoral de un economista que demostró que los servicios prenatales del Hospital Santa Cruz y San Pablo de Barcelona estaban “copados” por las mujeres que trabajaban en el propio hospital y por las mujeres de los varones que trabajaban en dicho hospital; es decir, por mujeres embarazadas que en general no precisaban los cuidados prenatales de consultas hospitalarias. Esta realidad suele ser la norma, que lleva al cumplimiento riguroso de la Ley de Cuidados Inversos (quienes más cuidados precisan menos reciben, y esto se cumple más rigurosamente cuanto más se oriente al mercado el sistema sanitario).

Naturalmente los problemas de accesibilidad tienen que ver mucho con las barreras geográficas, culturales y administrativas cuando se trata de sistemas sanitarios públicos en los que la atención es gratis en el punto del servicio. La flexibilidad debería romper muchas de las citadas barreras, por ejemplo con médicos capaces de pasar consulta en los idiomas de la población dominante de inmigrantes en su población. O con horarios amplios y cambiantes, que facilitasen el acceso a los adolescentes y trabajadores. O con consultas cercanas de forma que el acceso a pie fuera la norma.

En los problemas de accesibilidad las soluciones implican tanto a los clínicos como a los gerentes, planificadores y políticos. La inteligencia sanitaria debería ayudar a hacer visible el problema, y a la

búsqueda de soluciones. Nada más duro para el médico de cabecera que la demostración fehaciente de que no está prestando atención a, por ejemplo, pacientes de clase baja reclusos a domicilio.

Conviene, por ello, el uso de datos “locales” de utilización de servicios según clase social (o lugar de residencia, que muchas veces es equivalente). Y en todo caso el hacer circular los estudios que de continuo demuestran el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos. En este sentido son precisos estudios similares a los del siglo XIX sobre “geografía médica”, pues bien es decir que “la geografía es el destino”, y el lugar de residencia implica un contexto social, cultural y económico determinante de la salud, y del acceso a los servicios sanitarios. Es asunto que no se refiere sólo a las clases bajas y grupos marginales cada vez más aislados en auténticos “guetos”, sino incluso a poblaciones aisladas. Por ejemplo, en las islas cuya demografía no justifica la dotación de recursos especializados, que deben pasar a los médicos generales. Es buen ejemplo la presencia de quirófanos y materiales adecuados para que los médicos generales de algunas regiones de Canadá y de Laponia puedan hacer frente a la cirugía mayor de urgencia (cesáreas, apendicectomías, colecistectomías y demás) cuando están aislados en el invierno; naturalmente, eso implica formación y capacitación continuada, más los sistemas de incentivos adecuados.

Es cuestión menos estudiada la atención que se presta a los pacientes cuando finalmente “entran” en el sistema sanitario. Por ejemplo, un paciente adicto a la heroína con apendicitis, ¿recibe cuidados similares a los del paciente “medio”? Una anciana de clase baja en la lista de espera para prótesis de cadera, ¿espera el mismo tiempo que una paciente en circunstancias similares de clase alta?. Un niño de inmigrantes recientes, ¿recibe las vacunas del calendario vacunal en las mismas condiciones que el resto de los niños? La calidad de la atención depende en mucho de la interacción entre el profesional y el paciente, y por regla general dicha interacción es defectuosa con los pacientes de grupos marginales.

¿Los servicios que ofrecemos los reciben los que más los precisan y con la misma calidad que los usuarios habituales? ¿Impera el criterio “según necesidad y no según clase social”?