

Seminarios de Innovación en Atención primaria 2010. **INTELIGENCIA SANITARIA E INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Ricard Meneu. Editor de “Gestión Clínica y Sanitaria”

Esta segunda sesión de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria sobre “INTELIGENCIA SANITARIA E INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA” se acoge al lema “*Aplicación de la Inteligencia sanitaria*”, aunque en la documentación de trabajo siempre se ha identificado como la que debe abordar el segundo nivel de gestión, la “meso”, entendiendo esta estratificación como “macro” (internacional y nacional), “meso” (región y área) y “micro” (en la consulta del médico). O, según mis notas, entendiendo la aplicación de la inteligencia sanitaria al nivel de la mesogestión, “la de los centros e instituciones sanitarias” ⁽¹⁾

Esta jerga sirve pues para acotar el ámbito de mi intervención, excluyendo así las grandes “políticas” (macro) y la “clínica” (micro). Aunque sirve de poco, porque la “meso” no es más que la agregación de la “micro” que configura la “macro”. Eso si adoptamos un enfoque “bottom-up”. Para los que quieran pensarlo en términos “top-down” la “macro” configura las capacidades de la “meso” llegando a capilarizar el conjunto de actuaciones “micro”. No es ésta una discusión en la que quiera entretenerme, pero no puedo dejar de señalar que la adopción de una u otra perspectiva supone una definición y enfoque distintos de los objetivos y estrategias de una “inteligencia” emparedada entre dos realidades poderosas.

Repasemos brevemente el espacio así acotado. Las actuaciones más “macro”, por ejemplo, la normativa sobre tabaco, la modificación o el mantenimiento – existir ya existe – del “copago” o las actuaciones sobre “estilos de vida”, ocupan un destacado espacio en los *media* y delimitan percepciones compartidas donde insertar las preferencias particulares. La prácticas más “micro”, las más irreductiblemente confinadas a la actuación clínica, también son objeto de debate, pero es un debate más– permítaseme la expresión - “de corrala”, de patio de vecindad, de parque o de sala de espera. En este ámbito algunas expectativas, de peculiar conformación, atraviesan las particulares experiencias de los usuarios, traducándose en cosas como “*no me quiso recetar lo mismo que a tí*”, “*tenía que haberme mandado a que me hicieran un TAC a ver de qué tengo yo esos dolores de cabeza cuando cambia el tiempo*”, “*mi médico me habla mucho pero me interrumpe siempre y no me pide análisis*”. En cambio la “meso” tiene un espacio de reflexión en el que las voces que más se articulan son las de los profesionales, desde la asunción de su mejor conocimiento del conjunto y la experiencia de lo particular. Sus expresiones normativas tienen un alcance más general que particular: “*Lo que se tiene que hacer con*”. Es cierto que también algunas cuestiones claramente “meso” - de gestión de centros e instituciones sanitarias – desbordan a menudo estos límites artificiales y se hacen oír en los foros parlamentarios y las conversaciones ciudadanas. Sin embargo, el repertorio de éstas es limitado: las listas de espera y demoras en general, el papel de los servicios de urgencia, mucho pavoneo sobre ejecución de obras, inauguración de instalaciones..... y poco más.

¹ Ortún V. Innovación organizativa en sanidad, En: Meneu R, Ortún V, eds. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Asociación de Economía de la Salud, Barcelona 1996

A estas alturas ya es razonable preguntarse ¿y qué tiene que ver esto con la “inteligencia”? Anexo a este documento unas definiciones accesibles de inteligencia. Pero a efectos operativos adelanto que por la “inteligencia” de la que creo pretendemos tratar entiendo “un sistema colectivo de generación de respuestas informadas”. Si se acepta esto, lo que en el seminario puede ser debatido en profundidad, tal respuesta informada requiere preguntas a las que responder y estructuración de la información a manejar. Por tanto, delimitar el tipo de respuestas esperables de la inteligencia sanitaria “meso”.

Apunto ya que mi intervención versará más sobre características del conocimiento deseable a este nivel que sobre su materialización concreta. Por problemas de agendas he podido conocer el texto de Jorge Casas y comprobar que aborda extensamente las cuestiones de gerencia sanitaria, las posibilidades de utilización gerencial de la inteligencia sanitaria y el papel del gestor/político intermedio. Sin grandes discrepancias con sus reflexiones, prefiero aplicar el clásico principio funcionalista atribuido a Louis Henry Sullivan (1856-1924) “forms follow function” y explorar algunas funciones que puede cumplir una inteligencia sanitaria “meso” antes que definir las características, perfiles y encaje organizativo de quienes han de aplicarla.

Aunque más adelante postularé que la principal labor de la inteligencia deseable es reformular las preguntas, prefiero empezar por donde creo que encontraremos más espacios de acuerdo y menos resistencias, por los contenidos actuales, posibles o deseables de la información y el conocimiento constitutivo de esta inteligencia.

En la sesión anterior se pudo conocer la experiencia del Observatorio. Josep Figueras tituló su presentación “De la evidencia..... a la toma de decisiones. Reflexiones desde el Observatorio” . (2) Dejando de lado sus reflexiones sobre el proceso político, rescato algunos de los “facts” que aportó:

Sobre la decisión informada:

- Limited availability of evidence
- When available it is not always relevant
- And/or.....does not always affect decision making
- Lack of evidence transfer to policy

Sobre la información:

- *Broader understanding of evidence Other types of ‘less scientific’ evidence
- *Findings from research and any other analytical information that serves as a useful basis for decision making in public health and health care’ (WHO EURO)

Pues bien, la principal “fortaleza” para construir – si se quiere ser más benévolo, para aplicar – una inteligencia sanitaria “meso” es la disponibilidad, relevancia y utilidad de evidencia a este nivel. Sólo hay que pensar las diferencias de número, comparabilidad y variables potencialmente confundentes en cuanto a evidencia empírica con las que ha de lidiar un observatorio europeo frente a cualquier perspectiva que pretendamos aplicar a la gestión “meso” en la Atención Primaria.

² Figueras J. De la evidencia..... a la toma de decisiones. Reflexiones desde el Observatorio. Disponible en: http://www.fcs.es/docs/jornadas/atencionprimaria/1_presentaciones_Josep_Figueras.pdf

Se me permitirá que a partir de ahora emplee una estrategia argumental de eficacia demostrada. Para ilustrar las necesidades, disponibilidades y utilidades de una inteligencia sanitaria “meso” que contribuya positivamente a una innovación de la Atención Primaria (AP) en nuestro país voy a abandonar ésta y buscar ilustraciones en otros niveles asistenciales y otras coordenadas geográficas. Llegaremos a nuestro destino al final del seminario, pero en nuestra travesía no nos distraerán las explicaciones coyunturales sobre las razones de ciertas carencias, los méritos de algunas experiencias o la sinrazón de otras.

Al adoptar esta estrategia asumo cualquier crítica que argumente mi mayor comodidad con algunos de los ejemplos que aportaré, lo que siendo cierto, no desdice la utilidad genérica de aquella. Para facilitar esa crítica el primer ejemplo será un empeño que, a mi sesgado juicio, supone una de las mayores aportaciones a la generación de una inteligencia “meso”, y por ende “macro”, en nuestro país. Un ejemplo en cuya génesis he participado, lo que avalará cualquier acusación de parcialidad Pero me solidarizaré con las críticas que haya podido recibir Figueras por hablar “domo sua” y también empezaré, como Umbral, queriendo hablar de mi libro. Me refiero al Atlas de Variaciones en la Práctica Médica ⁽³⁾, a mi juicio un magnífico ejemplo de cómo con pequeñas aportaciones de limitada inteligencia individual se puede producir conocimiento para informar decisiones, mucho más allá de las posibilidades de cualquiera de la individualidades implicadas. Por tanto, una indudable materialización de “inteligencia sanitaria”.

Aunque en sus fascículos ya publicados se abordan cuestiones bastante alejadas de la AP - Cirugía Ortopédica, Cirugía General, Procedimientos Cardiovasculares o las Hospitalizaciones en Salud Mental – en el debate podremos ver la utilidad en éste ámbito de algunos de los conocimientos que allega, especialmente sobre la Atención Pediátrica o algunos patrones poblacionales de prescripción.

Saber que en algunas zonas de salud la prescripción de ansiolíticos es de 250 DDD por millar de pensionistas – uno de cada cuatro estaría medicado - mientras en otras apenas ronda las 55, o que las hospitalizaciones pediátricas por procedimientos seleccionados duplican en algunas zonas las de otras puede desencadenar reflexiones útiles. Útiles seguramente respecto a las tres grandes necesidades que apuntaba Antonio Durán en el anterior seminario ⁽⁴⁾: *“estudiar mejor la conducta de los sistemas sanitarios”* , *“entender sus problemas”* y *“usar mejor los recursos (..) para aumentar la base de certeza en la toma de decisiones”*.

El conjunto de evidencia empírica que esta agregación de datos dispersos genera permite activar cuestiones demasiado a menudo marginadas de la reflexión o, peor aún, erróneamente enfocadas: ¿La accesibilidad de una persona a un procedimiento diagnóstico o un tratamiento adecuado (con beneficios que superan a los riesgos) es distinta según el lugar donde vive? . ¿La probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento innecesario (con mayores riesgos que beneficios) y tener un resultado adverso debido al mismo, es diferente según el servicio al que acuda? . ¿Qué coste de oportunidad tienen para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria? . ¿Cuál es el valor marginal –y el coste de oportunidad- de los recursos

³ <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

⁴ Duran A. *¿Pueden los sistemas sanitarios funcionar con más y mejor inteligencia?.* Disponible en: http://www.fcs.es/docs/jornadas/atencionprimaria/1_seminario_Antonio_Duran.pdf

extra destinados a multiplicar por n la tasa de intervenciones (o fármacos, o ingresos, o derivaciones, ...) respecto al área vecina?.

Dejemos por ahora este ejemplo de agregación y reordenación colectiva de conocimiento – de su gestión no hablaré por no llorar – y busquemos otros casos en los que la aportación por múltiples individuos de piezas dispersas y su organización produce un “corpus” de inteligencia que es mucho más que la mera suma de sus partes. Para no dejar de mirarme el ombligo propongo como caso de estudio otra empresa en la que estoy implicado. Me refiero a “*Gestión Clínica y Sanitaria*”, una revista trimestral de publicaciones secundarias cuyo contenido fundamental son comentarios y resúmenes estructurados de artículos originales publicados en revistas clave de investigación en servicios sanitarios, incorporando también artículos editoriales, revisiones de textos clásicos, notas de divulgación metodológica e información sobre recursos bibliográficos y electrónicos relacionados con el ámbito de la publicación ⁽⁵⁾. Si se prefiere se puede utilizar otra iniciativa de la misma especie, como el Boletín Bibliográfico CESCA (BBC), publicado entre 1991 y 1995, y su proge: SEMERGEN-Biblio, (1996- 2005) y ALERTA-SEMG (2006-2008).

Estos ejemplos cumplen con una de las definiciones usuales de “inteligencia”, la que “se refiere a la información con vigencia y pertinencia, y a la abstracción, evaluación y comprensión de dicha información por su fiabilidad y valor”. Así, la publicación, entre el sinfín de ensayos clínicos con legítimos fines comerciales, de artículos como “La bicicleta previene más y mejor que el 'stent', y a mitad de precio” ⁽⁶⁾ permite reponderar el valor de ciertos conocimientos sepultados entre montañas de otros, mucho más publicitados. Se trata pues de algo más que meros repositorios de información seleccionada, metabolizada y puesta en circulación por profesionales sanitarios sin sospecha de dirigismo institucional. Un rasgo este último de importancia esencial. No se recibe igual un producto de esta especie cuando procede de un esfuerzo participativo que como se haría si se percibiese como el “catón” de lecturas que aporta la jerarquía de la organización. Volviéndonos un poco McLuhanianos, “the medium is the *message*” ⁽⁷⁾. O parafraseando” a Clemenceau, la gestión (meso)sanitaria es demasiado importante como para confiarla a los gestores.

Sigamos buscando ilustraciones de “inteligencia” sanitaria de utilidad a nivel meso. Cambiaremos ahora de registro y abordemos un ejemplo que requiere mayor implicación institucional. Sin necesidad de recurrir a estrategias de “benchmarking” seguramente podremos coincidir en que la comparación es una estrategia útil de mejora o, al menos, de ganancia de conocimiento. Lo que a menudo se considera imposible en un determinado centro resulta factible en otros. Saberlo, acceder a esa información, puede suponer una refutación más contundentemente de esa imposibilidad que muchas discusiones estériles. Como ejemplo de lo que es posible saber o no del funcionamiento de los centros sanitarios sugiero un ejemplo, de otro país y de otro nivel asistencial. Una rápida visita a www.hospitalcompare.hhs.gov o las mas amigables www.calhospitalcompare.org y

⁵ <http://www.iiss.es/gcs/>

⁶ Ballester F, resumen y comentario de: Hambrecht R, Walther C, Mobius-Winkler S, Gielen S, Linke A, Conradi K, et al. Percutaneous Coronary Angioplasty Compared with Exercise Training in Patients with Stable Coronary Artery Disease. A Randomized Trial. *Circulation*. 2004; 109:1371-8. *Ges Clin San* 2005.. 7(1): 11

⁷ McLuhan M. *Understanding Media: The Extensions of Man*. McGraw Hill, NY, 1964.

MyHealthCareOptions ⁽⁸⁾ pueden suponer un revulsivo para muchas convicciones. Se trata de información accesible al público sobre el funcionamiento en muy variados aspectos de todos los hospitales, públicos y privados, de amplios territorios, hecha pública a partir de la información que recoge – y comparte – la administración pública.

Encontrar importantes diferencias entre centros en el porcentaje de pacientes con neumonía que reciben antibióticos en las 6 primeras horas de ingreso, en el manejo de IECAs al alta tras un episodio cardíaco o en el grado de cumplimiento de las guías del CDC sobre higiene de manos no debe ser lo más llamativo desde nuestra perspectiva. Lo que debe sacudirnos es que se pueda disponer de esos datos en un sistema sanitario tan desconcentrado como el estadounidense. Sin duda alguien estará tentado de explicar convincente y razonablemente que eso es propio de un sistema de mercado. No lo discutiré, pero esperaré pacientemente que se me explique donde reside la superioridad de un sistema de mando y control fuertemente centralizado y planificado si carece de los datos que nutren la inteligencia necesaria para adoptar las decisiones de planificación y gestión del conjunto de la red y de los dispares comportamientos de sus integrantes. Por supuesto cabe argüir, yo mismo lo he hecho, que muchos de los datos necesarios para aportar esta información al público interesado existen y son conocidos por los directivos del sistema. Se trataría tan sólo de un indignante secuestro de una información que nos pertenece colectivamente y que sólo se justificaría por la tradicional falta de transparencia que acompaña a la indignante ausencia de un mínimo de rendición de cuentas. Pero aun así permítaseme deslizar la sospecha de que incluso si los datos existen falta la inteligencia que permite hacerlos útiles para la toma de decisiones meso y también macro.

Espero que en el seminario podamos abordar el debate sobre la necesidad de producir, compilar, estructurar y distribuir mejores datos que permitan el desarrollo de una inteligencia “meso” más adecuada a las necesidades de la AP. Pero sin adoptar ninguna forma de ludismo – el movimiento obrero opuesto a la mecanización que se expresaba en la destrucción de maquinaria industrial – permítaseme desconfiar de los refulgentes futuros prometidos por la e-health. Aprecio por doquier importantes lagunas de inteligencia en su diseño, más esperanzas que expectativas, carencias en la definición de las preguntas relevantes y una confianza infundada en que del ruido de datos generados sin criterio surgirá información útil para la gestión.

Como Lope de Vega, “estoy a la mitad de otro cuarteto” así que para no dedicar toda la pieza a la mera ostensión remataré esta parte apuntando sumariamente otras experiencias de inteligencia útil a este nivel que han gozado de fortuna muy diversa. Citaré la producción, diseminación y aplicación de guías de práctica clínica. Idealmente se trata de una experiencia indudable de generación de inteligencia, pasando de los meros datos sobre aspectos parciales de un problema de salud a una propuesta de gestión integrada de éste. Los posibles o reales sesgos o excesos ⁽⁹⁾ en algunas de sus concretas aplicaciones no empecen su condición de instrumento de inteligencia. Lo mismo puede predicarse de la evaluación de tecnologías sanitarias, en su versión más aplicable a la mesogestión. Definir si un medicamento presenta

⁸ <http://hcqcc.hcf.state.ma.us/>

⁹ Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. BMJ 1998;317:862-863

un coste efectividad que hace aceptable su financiación pública es sólo una de sus aplicaciones. Pero delimitar para que indicaciones y en qué condiciones resulta socialmente rentable disponer de un determinado equipamiento – sea un resucitador, un PET o un espirómetro - supone una aplicación meso de inteligencia. Estos dos casos sirven para destacar una obviedad que a menudo omitimos: disponer de mejor inteligencia no garantiza una mejor gestión. La inteligencia es condición necesaria pero no suficiente. No caigamos en el frecuente error de descalificar las utilidades de la inteligencia por el discutible uso que se haga de sus productos.

Acabaré esta enumeración aludiendo, sin valorarlos, a algunos casos recientes, básicamente ciertos movimientos de activismo informado frente a decisiones gestoras. En el primero, los foros de debate sobre la vacunación frente al VPH, mi impresión es que en el momento de su eclosión nadie sabía, ni esperaba, saber tanto como en pocos días o semanas sabían o pudieron saber todos los participantes. De nuevo la aportación de fragmentos de conocimiento, incluso en ausencia de un previo sistema de estructuración y ordenación, fertilizó – polinizó cruzadamente – los saberes de los participantes lográndose una ganancia neta agregada y, me atrevería a afirmar, con una distribución bastante equitativa. De modo similar la respuesta de grupos de profesionales a las estrategias frente a la pandemia gripal, más allá de su eficacia frente a las decisiones adoptadas, supuso un nuevo ensayo de producción de inteligencia más que de intercambio de conocimientos. Dejo abierto para otro debate el papel que juegan y deberían jugar las instituciones profesionales, especialmente las impuestas, en la generación de inteligencia sanitaria y sobre el tipo deseable de ésta.

Como final de esta primera parte, lanzó una pregunta como botella de naufrago. Podríamos coincidir en que la utilización histórica que hizo el INSALUD de su carácter de red de centros comparables fue manifiestamente mejorable en la producción de una inteligencia meso imprescindible para su mejora y adecuación. No parece que la estructura autonómica haya contribuido a superar esas carencias. Pero, aceptando que “el mundo es la totalidad de los hechos, no de las cosas” ⁽¹⁰⁾ y entre ellos la naturaleza muy deficiente de la gestión pública de nuestro sistema sanitario, ¿qué no hemos hecho y que podemos hacer los profesionales para mejorar este aspecto de nuestro mundo?

Llegamos así a la segunda parte de mi intervención. Caracterizábamos la inteligencia como una organización de los datos que permite reformular las preguntas e informar la consecuente toma de decisiones. Y anunciaba que postularía que la principal labor de la inteligencia deseable es reformular tales preguntas. Pero esas preguntas constituyen una “agenda”, se expresan con diferentes retóricas y se difunden entre importantes segmentos de la población interesada a través de los media. Es decir, resulta a estas alturas inaceptablemente ingenuo creer que una más precisa descripción de “la realidad” desencadenará un haz de respuestas acordes a ésta y orientadas a eso cuya definición obviamos hablando de “sus fines deseables”. Pensadores como Searle han dedicado parte de su carrera a estudiar la construcción social de la realidad ⁽¹¹⁾. La abundante literatura sobre el construccionismo social ⁽¹²⁾ se ha ocupado de

¹⁰ Wittgenstein L. *Tractatus Logico-Philosophicus*. 1.1

¹¹ Searle JR. *La construcción de la realidad social*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona 1997

¹² Pueden consultarse algunos trabajos de Sergio Sismondo referidos al ámbito sanitario en <http://post.queensu.ca/~sismondo/page1/page0/page0.html>. El trabajo de Sismondo se

sus manifestaciones en el ámbito científico y en el diseño institucional. Cada día nuevos “saberes sabios” se ocupan de analizar los llamados “discursos de verdad” mientras miriadas de productores menos fatuos los elaboran y ponen en circulación con variado éxito. La apelación retórica “de lo que no cabe duda...” o “lo que no se puede negar...” suele preceder a un enunciado discutible como poco y a menudo refutado. Pero no hace falta pertrecharse de exhaustivos textos campanudos- algunos ya aportados en los foros ⁽¹³⁾- para descreer del tópico “La verdad es la verdad, díjala Agamenón o su porquero”. Sin necesidad de alambicadas explicaciones a esta sentencia ya apostillaba el Juan de Mairena de Machado ⁽¹⁴⁾ el siguiente dialogo: -*Agamenón:-Conforme.*

-*El porquero: -No me convence.*

Por tanto creo que será poco discutida la primera parte de la afirmación “esas preguntas constituyen una “agenda”, se expresan con diferentes retóricas y se difunden entre importantes segmentos de la población interesada a través de los media.”. Parece obvio que existen “agendas” en todos los debates y que suponen un criterio de demarcación de lo decible. Podemos dedicar largas discusiones a quien cómo y para que establece esas agendas, pero como dicen de las meigas, haberlas hailas, y “*Extra Ecclesiam nulla salus*”. O sea, poco se puede decir con resonancia de lo que no se ha objetivado previamente como “materia poietica”. Yo supongo, con Foucault, que “*en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad*” ⁽¹⁵⁾. Más aun, entre los procedimientos de control y delimitación del discurso, además de los que se ejercen en cierta manera desde el exterior, existen “*procedimientos internos, puesto que son los discursos mismos los que ejercen su propio control; procedimientos que juegan un tanto a título de principios de clasificación, de ordenación, de distribución, como si se tratase en este caso de dominar otra dimensión del discurso: aquélla de lo que acontece y del azar.*”. Como se puede colegir de la cita, los procedimientos relevantes no son ajenos a algunas de las características que hemos reclamado para la inteligencia.

Si realmente aspiramos a una inteligencia que contribuya esencialmente a la innovación, vale la pena relajar un rato nuestras tendencias tecnocráticas ⁽¹⁶⁾ y repensar algunas de las grandes preguntas a responder: a que aplicar la inteligencia, cómo pueden expresarse sus resultados del modo más eficaz y cuáles son las mejores estrategias para compartirlos y divulgarlos, alimentando y enriqueciendo un necesario debate sin fin. A esto me refería al señalar que “esas preguntas constituyen una “agenda”, se expresan con diferentes retóricas y se difunden entre importantes segmentos de la población interesada a través de los media” y a apuntar algunas vías a transitar dedicaré el final de mi intervención.

adscribe a la escuela denominada SCOT (Social Construction of Technology), destacando Science without Myth: On Constructions, Reality and Social Knowledge. Albany, NY: SUNY Press, 1996.

¹³ Lynch MP. (Editor) The Nature of Truth. Classic and Contemporary Perspectives.

Massachusetts Institute of Technology Press. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts 2001

¹⁴ Machado A. Juan de Mairena : sentencias, donaires apuntes y recuerdos de un profesor apócrifo (1936). Alianza Editorial. Madrid 1981

¹⁵ Foucault M. El orden del discurso. Tusquets Editores. Barcelona 1973

¹⁶ Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation. Sage Publications, Thousand Oaks, CA: 1997.

Apuntar una agenda de la innovación necesaria sería un exceso de petulancia, incluso por mi parte, pero sin embargo sería un magnífico ejercicio práctico derivado de este seminario. Utilizar sus extensiones virtuales para recopilar los elementos que configuran la agenda vigente, identificar sus límites, plantear reformulaciones, vaciar la literatura del sector en busca de cuestiones negligidas, revisar la equivalente internacional atisbando otros modos de mirar,... Un programa menos esforzado y más ambicioso de lo que parece a primera vista y que permitiría llegar mucho mejor pertrechados a los debates sobre la deseable inteligencia “micro”. Dicho sea sin ánimo de poner deberes a Juan Gervas y Javier Padilla.

En un terreno en que me muevo más cómodamente, los modos de expresar los problemas a abordar, sus diferentes retóricas, me gustaría apuntar algunas concreciones. En el funcionamiento de una inteligencia sanitaria la expresión de sus conclusiones no es ajena a su eficacia. No es este el foro para abordar tales aspectos, pero sí para recordar la relevancia que en la construcción de imaginarios – y con ello el trazado de cursos de acción – tienen las metáforas sobre algunas dolencias, de las que el cáncer debe ser el caso paradigmático⁽¹⁷⁾. Se trata de un fenómeno reciente en términos históricos, pero al que no podemos sustraernos. Vuelvo a Foucault, tan indebidamente obliterado en nuestro ámbito, al que dedicó bastante reflexión: *“A partir del siglo XIX, una proposición dejaba de ser médica, caía «fuera de la medicina» y cobraba el valor de un fantasma individual o de imaginería popular si empleaba nociones a la vez metafóricas, cualitativas y sustanciales (como las de obstrucción, de líquidos recalentados o de sólidos desecados); podía, debía recurrir por el contrario a nociones también metafóricas, pero debían estar construidas según otro modelo, funcional o fisiológico en este caso (como en la irritación, la inflamación, o la degeneración de los tejidos)”*. Y ya apuntaba hace años el hoy popular Lakoff la relevancia de las metáforas en nuestra vida⁽¹⁸⁾. O más precisamente como vivimos por esas metáforas (Maetaphors We Live By). La proliferación de denominaciones interesadas en ocultar la realidad que nombran parece habernos aletargado la percepción de la relevancia de estas estrategias. Sin embargo, no deberíamos separar el éxito de algunas iniciativas de su inteligente bautismo. Pienso por ejemplo en la plataforma “10 minutos”, cuya astucia reconozco admiradamente pese a mis múltiples discrepancias con su argumentario.

De la difusión mediática de las cuestiones relevantes para la innovación de la AP, con la consiguiente generación de una nueva agenda, esta vez gestionada por un colectivo idiosincrásicamente tan poco riguroso como los profesionales de la comunicación, me permitiré postularme para actuar en otro seminario, específico sobre la cuestión y del que en éste a lo sumo adelantaré algunos “casos clínicos” merecedores de algo más que nuestro tradicional “a propósito de un caso”. Apuntaré simplemente unos datos que entiendo motivarán a incrementar la preocupación por esta dimensión del conocimiento y la representación de la realidad. Cuando se analizan las fuentes de información en la cobertura periodística de los temas de salud y medicina atendiendo a la procedencia citada en los artículos, según datos del Informe Quiral 1997-2004⁽¹⁹⁾ puede sorprender descubrir que

¹⁷ Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas*. El Aleph / Muchnik, Madrid, 1980

¹⁸ Lakoff G, Johnson M. *Metáforas de la vida cotidiana*, Madrid: Cátedra 2001

¹⁹ Revuelta G. *Salud y medios de comunicación en España*. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):203-8

-la práctica mayoría (49%) proceden del sector político o político-técnico, fundamentalmente partidos políticos, órganos parlamentarios y de gobierno, ministerios, consejerías y direcciones generales.

-Extrañará menos que la sociedad civil, a través de asociaciones de pacientes y de vecinos, organizaciones no gubernamentales, pacientes y familiares y abogados de estos suponga tan sólo un 19%.

-En cuanto a la representación del sector industrial - laboratorios farmacéuticos, empresas de equipamiento sanitario, y otras industrias relacionadas con el sector -, conviene cuantificarla junto a la sector científico-sanitario (hospitales, centros asistenciales, universidades, centros de investigación, asociaciones profesionales, agencias y organismos sanitarios) dadas las estrechas interrelaciones tejidas entre ambos, lo que supone otro tercio (6% + 26%) de las fuentes de información

Recapitulando.

Puede decirse que la necesaria inteligencia sanitaria para una innovación de la AP existe, pero está desubicada. Como decía Barthes de otra gran preocupación, *“el sexo está en todas partes menos en el sexo”*.⁽²⁰⁾ Encontramos por doquier iniciativas que responden a las descripciones de una inteligencia meso. Pero es más fácil identificar las carencias institucionales en configurar los instrumentos que permitan su despliegue que señalar iniciativas que cumplan ese cometido. Por instituciones no me refiero únicamente a los centros y servicios sanitarios y las articulaciones jerárquicas de esas organizaciones. También el entramado social de los profesionales muestra preocupantes carencias en este aspecto. Cuesta bastante imaginar a algunas sociedades etiquetadas como científicas, gran parte de los ilustres organismo gremiales y los escasos colectivos de agrupación profesional existentes en nuestro entorno articulando respuestas de inteligencia en el sentido aquí planteado.

Necesitamos mucho más y mejor análisis de nuestras prácticas organizativas y las necesidades de la población a la que servimos, una dinámica más inteligente de nuestros instrumentos de profesionalismo y un mejor manejo de nuestra dialogo con la población y de los canales que lo vehiculan. También necesitamos contribuir a que el sistema sanitario desarrolle herramientas donde tal inteligencia pueda operar. A título de ejemplo de los requisitos deseables de éstas puede seguirse la peripecia de la iniciativa National Health Information Infrastructure^(21, 22). A la vista de lo apuntado, en el rediseño de una inteligencia meso no deberemos obviar la necesaria astucia para lograr ser eficaces.

²⁰ Barthes R. *El imperio de los signos*. Mondadori, Madrid, 1991

²¹ Detmer DE. Building the national health information infrastructure for personal health, health care services, public health, and research. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2003, **3**:1doi:10.1186/1472-6947-3-1

²² Abar FA. *Collective Intelligence and a Sustainable Healthcare System*. (2007). Disponible en: <http://evivoe.com/collective.pdf>

Si alguien echa en falta alguna referencia al buen gobierno de los centros y servicios sanitarios, eso que ahora llamamos gobernanza, y a lo que dedicaremos un seminario en Septiembre en la UIMP ⁽²³⁾, que sepa que es una omisión deliberada. Ya avisé que apostaba por explorar algunas funciones que puede cumplir una inteligencia sanitaria “meso” antes que definir las características, perfiles y encaje organizativo de quienes han de aplicarla. Y ahora añadido que, más allá de las recetas genéricas de buen gobierno, la especificidad de una mejor gestión en nuestro medio pasa por articular la voz de los profesionales mediante formas de inteligencia capaces de una interlocución desde los productos de esa inteligencia colectiva.

Ricard Meneu

Editor de “Gestión Clínica y Sanitaria”

Valencia, 15 de mayo 2010

²³ **Curso TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO EN SANIDAD. 9-10 Septiembre 2010.**
[http://www.emsp.cime.es/WebEditor/Pagines/file/Curso magistral Transparencia y buen gobierno.pdf](http://www.emsp.cime.es/WebEditor/Pagines/file/Curso%20magistral%20Transparencia%20y%20buen%20gobierno.pdf)

Anexo: NORMALIZACIÓN TERMINOLÓGICA

WIKIPEDIA: INTELIGENCIA SANITARIA: "La selección y presentación de información a los agentes-profesionales clave en forma tal que lleve a acciones que modifiquen en el sentido deseado la salud de los pacientes y de las poblaciones".

Juan Gérvas (en: INTELIGENCIA SANITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA²⁴): 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".

WIKIPEDIA (Tr. Intelligency): Se refiere a la información discreta o secreta con vigencia y pertinencia, y a la abstracción, evaluación y comprensión de dicha información por su fiabilidad y valor. A veces se denomina "datos activos" o "inteligencia activa". La inteligencia generalmente se refiere a los planes actuales, las decisiones y acciones de la gente, porque pueden ser consideradas "valiosas".

"Inteligencia" se distingue de los "datos", que normalmente se refieren a informaciones concretas o de particulares, y de los "hechos", que normalmente se refieren a la información verificada. Tal como se utilizan las agencias de inteligencia y servicios relacionados, la "inteligencia" se refiere integralmente tanto a los datos activos, así como al proceso y el resultado de la recopilación y análisis de dicha información, ya que juntos forman una red integrada (cf. "mente colmena"). En cierto sentido, este uso de "inteligencia" a nivel nacional puede estar asociado con el concepto de inteligencia social.

WIKIPEDIA (Tr.): Se denomina **inteligencia empresarial, inteligencia de negocios** o **BI** al conjunto de estrategias y herramientas enfocadas a la administración y creación de **conocimiento** mediante el análisis de **datos** existentes en una **organización** o **empresa**.

El término **inteligencia empresarial** se refiere al uso de **datos** en una empresa para facilitar la toma de decisiones. Abarca la comprensión del funcionamiento actual de la empresa, bien como la anticipación de acontecimientos futuros, con el objetivo de ofrecer conocimientos para respaldar las decisiones empresariales.

Las herramientas de inteligencia se basan en la utilización de un **sistema de información** de inteligencia que se forma con distintos datos extraídos de los datos de producción, con información relacionada con la empresa o sus ámbitos y con datos económicos.

Mediante las herramientas y técnicas ELT (extraer, cargar y transformar), o actualmente **ETL** (extraer, transformar y cargar) se extraen los datos de distintas fuentes, se depuran y preparan (homogeneización de los datos) para luego cargarlos en un **almacén de datos**.

²⁴ Resumen de la conferencia inaugural del V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrado en Río de Janeiro (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 Panamericana 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".