

## EL PACIENTE A TRAVÉS DEL ESPEJO: sobre la (falta de) equidad<sup>a</sup> en la consulta.

Javier Padilla Bernáldez<sup>b</sup>

A los profesionales sanitarios nos cuesta reconocer que dentro de nuestra consulta existen inequidades<sup>c</sup> en el trato, y que se deben a nuestra forma de llevar a cabo nuestro trabajo. No basta con eliminar las inequidades en el acceso al sistema sanitario, sino que al atravesar el dintel de la puerta de la consulta aparecen nuevos ejes (en ocasiones repetidos) de desigualdad.

1

A continuación vamos a enumerar, categorizadamente, algunos de esos ejes de desigualdad, con referencias y ejemplos, pero todo se resume en un concepto: los sanitarios no queremos tratar con la singularidad de cada paciente, sino que ajustamos nuestra práctica a un espejo; cuanto más parecido sea el paciente a nosotros –o a lo que creemos/queremos ser- mejor actuaremos<sup>1</sup>.

*La inequidad en la consulta de atención primaria y sus ejes de desigualdad.*

➔ Eje de inequidad según características sociodemográficas no modificables: género, raza, orientación sexual.

El proceso de medicalización de la sociedad se ha producido con especial fuerza en las mujeres<sup>2</sup>; uno de los patrones más repetidos en el trato diferencial a la mujer es la psiquiatrización de muchos de sus padecimientos; como señala un texto acerca de la prescripción de psicofármacos en atención primaria<sup>3</sup>: “El discurso de los profesionales muestra sesgos de género. El más destacable es la creencia de que hay una subjetividad femenina patológica fruto de las características biológicas de ser mujer y no de consecuencias sociales.” Esta percepción de subjetividad femenina patológica probablemente sea la que explica el trato diferencial en otros aspectos como la decisión de revascularizar en la cardiopatía isquémica<sup>4</sup>.

La orientación sexual también es objeto de trato inequitativo en el ámbito sanitario, existiendo quejas por parte de estos pacientes afirmando que su condición sexual se

---

<sup>a</sup> En el texto –y el debate posterior- se hará una lectura de la inequidad (y la justicia) basada en Rawls [Rawls, J. (1978), Teoría de la justicia. 1970], de modo que se partirá de que las desigualdades económicas y sociales han de ser estructuradas de manera que sean para:

a) **mayor beneficio de los menos aventajados**, de acuerdo con un principio de ahorro justo, y  
b) que cargos y posiciones estén abiertos a todos en condiciones de justa igualdad de oportunidades”.

Se hace este abordaje por estar presente de forma constante en la literatura y práctica médica.

<sup>b</sup> Médico de familia y comunidad. Actualmente MIR de medicina preventiva y salud pública en Sevilla. Co-autor del blog [Médico Crítico](#). E-mail: javithink@gmail.com

<sup>c</sup> En el texto utilizaremos de forma indistinta los términos “inequidad” y “desigualdad”, refiriéndose ambos a las diferencias observadas de forma sistemática y que perjudican a la población más desfavorecida.

convierte, en ocasiones, en el centro del proceso clínico, con independencia de que sea o no relevante<sup>5</sup>.

Con respecto a la raza, la calidad percibida de la asistencia sanitaria por parte de las personas pertenecientes a minorías étnicas es más baja que la del resto de la población; esta diferencia de percepción disminuye cuando el médico también pertenece a una minoría étnica<sup>6</sup>.

2

→ Eje de inequidad según características nivel socioeconómico.

Los médicos realizan una anamnesis más biomédica y con menor número de preguntas sobre aspectos sociales y emocionales en pacientes de nivel socioeconómico (medido por nivel educativo y renta) más bajo; además, con estos pacientes el estilo de consulta es más directivo, haciendo que se involucren menos en la toma de decisiones y dando menor información sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas. Esto, en parte, puede deberse a que los pacientes de mayor nivel socioeconómico tienden a hacer más preguntas durante el encuentro clínico<sup>7</sup>. El único aspecto de nuestra práctica clínica que podría tratar de ejercer de contrapeso en estas inequidades en el trato es el hecho de dedicar mayor tiempo a la exploración física de los pacientes de menor nivel socioeconómico, aunque la bibliografía al respecto es contradictoria<sup>1,8</sup>.

Las inequidades según clase social presentes en el proceso clínico también tienen su expresión en el momento de llevar a cabo derivaciones desde atención primaria a atención hospitalaria, de modo que las personas de alto nivel socioeconómico son derivadas con mayor prioridad (y menores tiempos de espera)<sup>9</sup>, reproduciendo una vez más la *ley de cuidados inversos*<sup>10</sup>.

→ Eje de inequidad según aspectos clínicos del paciente.

Pacientes con enfermedad psiquiátrica<sup>11</sup>, con discapacidades, con obesidad<sup>12</sup>, con toxicomanía... todos ellos son objeto de diferencias en el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de acuerdo con la asistencia que se presta a las personas que no poseen ninguno de esos diagnósticos.

Todos estos factores suelen asociarse en un mismo paciente, de forma que se incrementen las probabilidades de ser tratado de forma inequitativa (la paciente pobre, además de pobre puede ser obesa, gitana, esquizofrénica e incluso caernos mal, aglutinando multitud de características por las que obtendrá un peor trato).

3

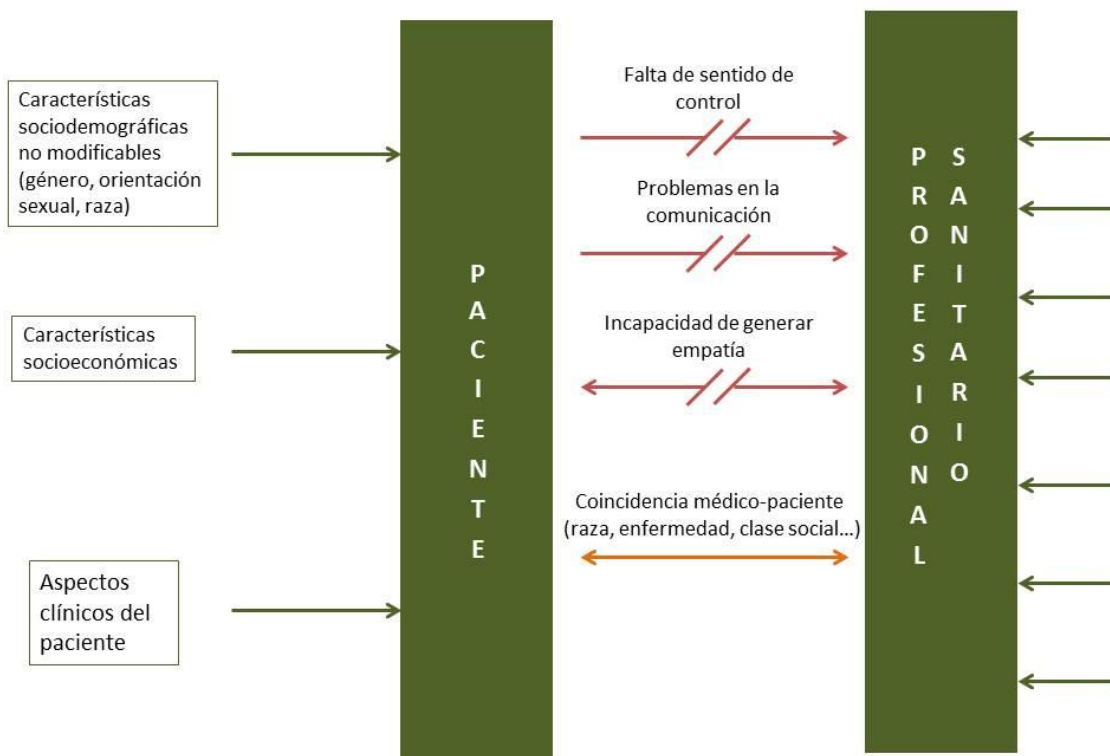


Imagen 1: Diagrama de las relaciones médico-paciente y la generación de inequidades en el trato. Elaboración propia<sup>d</sup>.

*El sistema gerencialista amplifica algunas de estas inequidades.*

Los sistemas gerencialistas y de clientelización de los servicios sanitarios han cambiado la participación por la sobrerrepresentación de los intereses de aquellos colectivos con mayor voz en los órganos de decisión<sup>13</sup>; de este modo podemos observar cómo desde los órganos de gestión de los servicios de salud se incentiva una forma de ejercer la medicina/enfermería que marca una agenda en la que la redistribución de la salud (entre personas desfavorecidas en cualquiera de los ejes de desigualdad) no aparece (ni es esperada).

Que las estructuras de gestión favorezcan la amplificación de las inequidades que se producen en el proceso clínico debería ser un motivo más para que desde las consultas actuáramos para tratar de revertir dichas inequidades<sup>14</sup>.

<sup>d</sup> Tanto médico como paciente poseen unas características basales que interaccionan en el acto clínico. Se ha visto que los pacientes socialmente más desfavorecidos tienen menor sentido de control y por ello tienden a buscar menos la participación en las decisiones clínicas si no se les incentiva a ello de forma explícita por parte del médico/enfermero.

Por último, hemos de ser conscientes de que un escenario en el que el médico –con estudios superiores- genera inequidades en el trato a sus pacientes –repercutiendo negativamente de forma especial en aquellos más desfavorecidos socialmente- es una reproducción a nivel clínico de los desequilibrios de poder que se generan a nivel social. Una vez que somos conscientes de que con nuestra práctica colaboramos a perpetuar estas situaciones es imposible permanecer impasibles y no modificar de forma radical nuestra forma de afrontar el contexto del paciente. Poner al paciente delante del espejo y no temer no vernos reflejados.

4

### [PREGUNTAS PARA EL DEBATE]

1. Posiblemente uno de los casos más claros de trato inequitativo e injusto lo padecen los pacientes con diagnósticos psiquiátricos, especialmente los esquizofrénicos –con los cual nos cuesta aún más empatizar- ¿De qué manera se puede abordar desde tu consulta y desde tu centro de trabajo la discriminación sufrida por los pacientes con enfermedad mental?
2. ¿Qué indicador(es) crees que podrías proponer en tu centro de trabajo para que se midiera(n) de forma que se pudiera evaluar el desempeño en la reducción de las inequidades en el proceso clínico?
3. Las inequidades en la asistencia... ¿siempre afectan negativamente a los más desfavorecidos? Si es que no, ¿qué ejemplos de inequidad "favorable" a los más desfavorecidos puedes encontrar? (por ejemplo, inequidades en los cribados pueden hacer que las personas de mayor nivel socioeconómico reciban mayor número de pruebas sin beneficios –o incluso perjudiciales-).

### *Bibliografía.*

---

<sup>1</sup> Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health* [Internet]. BioMed Central. 2012;11(1):12.

<sup>2</sup> Sánchez R. Lo que una mujer no necesita. *AMF*. 2012;8(11):617-25.

<sup>3</sup> Gil García E, Romo Avilés N, Poo Ruiz M, Meneses Falcón C, Markez Alonso I, Vega Fuente a. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Atención Primaria*. 2005;35(8):402–7.

<sup>4</sup> Aguado-Romeo MJ, Márquez-Calderón S, Buzón-Barrera ML; por los investigadores del grupo VPM-IRYSS-Andalucía Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía *Rev Esp Cardiol* 2006;59:785-93.

<sup>5</sup> Chapman R, Wardrop J, Freeman P, Zappia T, Watkins R, Shields L. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. *J Clin Nurs*. 2012;21(7-8):1128–35.

<sup>6</sup> Sorkin DH, Ngo-Metzger Q, De Alba I. Racial/ethnic discrimination in health care: impact on perceived quality of care. *J Gen Intern Med.* 2010;25(5):390–6.

<sup>7</sup> Street RL Jr: Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med* 1991, 32:541-548

<sup>8</sup> Martin E, Russell D, Goodwin S, Chapman R, North M, Sheridan P: Why patients consult and what happens when they do. *BMJ* 1991, 303:289-292

<sup>9</sup> Abásolo I, Negrín-Hernández M a, Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain. *Eur J Health Econ.* 2013 [Epub ahead of print]

<sup>10</sup> Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet* 1971;i:405-12

<sup>11</sup> Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol.* 2010;24(4 Suppl):61–8.

<sup>12</sup> Russell N, Carryer J. Living large: the experiences of large-bodied women when accessing a general practice services. *J Prim Health Care* 2013;5(3):199-205

<sup>13</sup> Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad.* 2004;73–9.

<sup>14</sup> Padilla J. Afrontando las desigualdades sociales en salud desde la medicina de familia. En: Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Zaragoza; 2011. Disponible en:

<http://desigualdadesensalud.wordpress.com/javier-padilla/>