TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA EQUIDAD EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA[1].

Juan Gérvas[2].

Introducción

¿Qué mueve y conmueve a los profesionales sanitarios? Lo que mueve y conmueve a los profesionales es el sufrimiento del paciente y de las poblaciones. Por ello, el profesional encuentra su mayor recompensa en la evitación, resolución o paliación del sufrimiento del paciente, en su contexto familiar y social[3]. Así, de un buen médico que tenga reputación profesional y social se espera: 1/ capacidad para realizar diagnósticos certeros y oportunos, 2/ uso prudente de los recursos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores para maximizar beneficios y minimizar daños y 3/ habilidad para responder apropiadamente a las necesidades de pacientes complejos en situaciones reales de limitaciones múltiples[4],[5]. Es decir, el buen profesional pone en contexto la necesidad del paciente y aprovecha juiciosamente los recursos disponibles para responder a la misma y evitar-resolver-paliar el sufrimiento consiguiente. El profesional tiene, pues, una enorme responsabilidad social ya que pone en práctica la solidaridad (lo que sostiene el contrato que justifica un sistema sanitario de cobertura universal) para lograr equidad en la consulta.

Atención primaria

En atención primaria el profesional se caracteriza por 1/ gran accesibilidad-flexibilidad, 2/ enorme

---

[1] Este texto es resumen de la presentación del autor en el Seminario de Innovación en Atención Primaria: "Innovación en mejoras de la equidad en la prestación de servicios clínicos" Barcelona, 28 de febrero y 1 de marzo de 2014. http://equipocesca.org/innovacion-en-mejoras-de-la-equidad-en-la-prestacion-de-servicios-clinicos/

[2] Juan Gérvas es médico general jubilado, Equipo CESCA, Madrid (España), Doctor en Medicina y Profesor Honorario de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid, Profesor Visitante en Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) y Profesor en la Maestría de Gestión y Administración Sanitaria de la Fundación Gaspar Casal (Madrid) y de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona). jjgervas@gmail.com @JuanGrvas

[3] http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/12/el-buen-gobierno_venal.pdf

[4] Gérvas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A, Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc). 2007;128(14):540-4. http://equipocesca.org/capacidad-de-respuesta-de-la-atencion-primaria-y-buena-reputacion-profesional/

[5] Berenson RA, Kaye DH. Grading a physician's value. The misapplication of performance measurement. N Engl J Med. 2013;369: DOI: 10.1056/NEJMp1312287. http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1312287

polivalencia, 3/ prestación de servicios variados y múltiples a lo largo de la vida a personas y comunidades bien conocidas (longitudinalidad, un compromiso personal a largo plazo frente al sufrimiento) y 4/ su capacidad para coordinar el conjunto de servicios necesarios para la atención a los problemas de salud[6].

Si se cumplen estas condiciones en la práctica, el profesional obtiene un reconocimiento social que facilita a su vez el trabajo pues establece "confianza" con el paciente y su familia (y con la comunidad), clave en una relación profesional en que se comparten respuestas alternativas a dolores, temores y sufrimientos que hacen frágil al paciente y a sus familiares. El reconocimiento social es imprescindible para que el profesional sanitario pueda "distribuir" los recursos de acuerdo a necesidad, y especialmente su tiempo.

La sociedad también establece un contrato implícito de "confianza" con los profesionales sanitarios de forma que espera equidad en la prestación de servicios, en el consumo de los inmensos y preciosos recursos que pone a su disposición, siendo el principal el tiempo del propio profesional.

Equidad fuera de la consulta

La equidad es un objetivo central del sistema sanitario público de cobertura universal pues se espera que consuma recursos quien más los precisa, y en cantidad y calidad apropiada a la situación concreta del sufrimiento al que se pretende dar respuesta. Hay una equidad vertical (prestar más servicios a quien más los precisa) y una equidad vertical (prestar los mismos servicios a quienes tienen la misma necesidad). Lamentablemente, en todos los casos se cumple la Ley de Cuidados Inversos: "Reciben más servicios sanitarios quienes menos los necesitan y esto se cumple más cuanto más se orienta a lo privado el sistema sanitario"[7],[8].

Los estudios sobre equidad en el sistema sanitario se han centrado especialmente en los problemas del acceso, aspecto de difícil solución que exige, por ejemplo, políticas decididas de distribución geográfica planificada de los recursos (centros de salud, hospitales, centros de rehabilitación, farmacias, centros de día, recursos de salud mental, odontología, etc.).

Un sistema sanitario se orienta hacia a la equidad (la mejor expresión de la solidaridad) si: 1/ ofrece cobertura universal con financiación pública, 2/ existe un fuerte control público, social y transparente del uso de los recursos sanitarios, 3/ se distribuyen tales recursos en proporción directa

---

6 http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/3.Cap._3_Propuesta_prxctica_de_renovacixn_clxnica.pdf

7 http://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_cuidados_inversos

8 Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA; 2009. p.359-80. http://equipocesca.org/atencion-primaria-de-salud-politica-sanitaria-y-exclusion-social-2/

al mapa de necesidades, 4/ se basa en la atención primaria como "tecnología sanitaria dispersa y cercana a los domicilios de los pacientes" capaz de ofrecer servicios muy variados por profesionales comprometidos (son servicios la interacción entre los recursos sanitarios y los pacientes-familias-comunidades) y 5/ se imponen escasos o nulos co-pagos en el momento de la prestación de los servicios[9].

Tales principios se incumplen casi sistemáticamente. Así, por ejemplo, suele ser típico que la "densidad" de recursos sanitarios coincida con la "densidad" de recursos bancarios (oficinas de los bancos) lo que indica que los recursos "siguen al dinero" y "no siguen la necesidad". Es decir, que son más abundantes donde hay mayor riqueza, lo que por ende significa mayor nivel educativo formal y mayor desenvolvimiento socio-cultural y por tanto menor necesidad de servicios sanitarios. Además, supuesta una planificación geográfica sanitaria prudente, las cuestiones de organización pueden lesionar también gravemente la equidad, por ejemplo con horarios que "convienen" a los profesionales y no a los pacientes y sus familias. Así, son marginados tanto individuos pertenecientes a grupos no marginales (trabajadores, por ejemplo) como a grupos marginados (prostitutas, por ejemplo) que tienen grave dificultad para contar con un seguimiento apropiado, tanto por el acceso horario como para tener un profesional "de cabecera".

En otro ejemplo, la organización sanitaria también suele ir en contra de grupos como pacientes recluidos en el domicilio si los "avisos a domicilio" se ven como actividad secundaria y molesta, que se degrada con "turnos". En otro caso, las "colas" para ver al profesional de cabecera también pueden lesionar la equidad pues serán los pacientes estables y "obedientes" los que aprendan a manejar la complejidad de las citaciones, y esos suelen ser los pacientes que menos precisan la atención de los profesionales.

Equidad dentro de la consulta

Superados todos estos obstáculos, cuando el paciente accede al servicio que precisa, los usos y costumbres pueden ir en su contra. Por ejemplo, en la recepción, por falta de instrucciones en su idioma (si es extranjero) o por defectuosa atención por el personal administrativo en un centro sanitario público, o por diferencias culturales que le hagan incomprensible la organización que a los profesionales y lugareños les parece "habitual".

Ya en el encuentro con el profesional, hay estudios repetidos que demuestran que se margina a todos

[9] Gérvas J. Primary health care oriented systems, for whom, why and how. In: A symposium celebrating the scientific and policy legacy of Bárba*ra Starfield. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. May 10th 2012.* http://equipocesca.org/primary-health-care-oriented-systems-for-whom-why-and-how/

los pacientes que no son "normales" que no se "normalizan"; es decir, que no aprenden en cierta forma a manejar a los profesionales y a la organización. Finalmente "los pacientes se convierten en el combustible del sistema sanitario" y "ruedan" alrededor de los profesionales y su organización.

La existencia de programas y protocolos, con sus incentivos añadidos, también fuerzan la prestación de servicios lejos de la equidad, pues lo que importa es tener una enfermedad que "cuadre", y lograr los objetivos que se miden[10]. Así, por ejemplo, la tiranía de la hemoglobina glucosilada que convierte en "indeseables" a los diabéticos que no "cumplen" y no logran el objetivo. En otro ejemplo, también se ven como indeseables los que rechazan la vacuna de la gripe (convenientemente incentivada para el logro de coberturas determinadas).

Los pacientes "indeseables" forman un conjunto rechazado por los profesionales y gestores sanitarios ya que "estropean" las estadísticas y los cumplimientos de indicadores basados en general en lo biológico. Los indicadores con los que se miden a los profesionales y gestores sanitarios suelen ignorar los condicionantes sociales, como pobreza, marginación, analfabetismo, desempleo, viviendas insalubres, familias desestructuradas y otros. En muchos casos los pacientes "indeseables" son los llamados "insignificantes" por el peruano Gustavo Gutiérrez Merino[11].

Por consecuencia, son múltiples los pacientes a los que se margina casi sistemáticamente. Entre ellos: 1/ los de clase social baja, especialmente ancianos y analfabetos, o jóvenes y drogadictos, o si pertenecen a grupos étnicos como gitanos y otros, 2/ los que tiene orientación sexual "distinta" y más si se dan circunstancias que "complican" la atención (SIDA, embarazo, adopción, etc), 3/ quienes padecen minusvalías físicas y psíquicas (esquizofrenia, sordera, síndrome de Down, ceguera, dificultad para el desplazamiento con uso de silla de ruedas, autismo, etc.), 5/ aquellos en quienes la situación administrativa es "irregular" o poco clara, o indeterminada (inmigrantes sin documentación en regla, desplazados, y otros), 6/ los obesos, especialmente si no adelgazan o padecen obesidad mórbida y 7/ los pacientes que no se adaptan a las normas y rutinas del sistema y de los profesionales sanitarios.

¿Cómo mejorar la equidad dentro de la consulta?

El profesional suele ignorar su actividad discriminatoria en la consulta, y hasta le resulta insultante que se pretenda demostrar tal discriminación en su propia práctica. Pero hay que hacerle consciente de su falta de equidad en el trabajo clínico diario. Por ejemplo, mediante la demostración del

---

[10] Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical care and health disparities.. Annu Rev Public Health. 2012; 33: 89-106. http://equipocesca.org/?s=starfield&submit=

[11] http://es.wikipedia.org/wiki/Gustavo_Guti%C3%A9rrez_Merino

aumento de mortalidad por cáncer de mama en las mujeres que precisan de la silla de ruedas (no porque la silla de ruedas sea cancerígena, sino porque los médicos exploran mal y tarde a dichas mujeres)[12].

Este es el paso crucial, pues sin identificar el problema es imposible resolverlo. Por ello lo primero es hacer consciente al profesional de la falta de equidad, lo que es relativamente sencillo con el simple indicador de "duración de la consulta ajustada por necesidad". Es fácil medir el tiempo dedicado a cada paciente, y valorarlo según clase social y necesidad sanitaria. El propio profesional puede hacer este ejercicio, para convencerse del injusto uso del tiempo durante el encuentro con el paciente. El autor lo hizo en su día, y la auto-demostración de falta de equidad en el uso del tiempo clínico cambió para siempre su forma de trabajo[13].

Cabe, también, el valorar la atención a pacientes concretos en los que es esperable la falta de equidad, como en sordos, esquizofrénicos y analfabetos. Se trata del análisis de "casos clínicos", considerando el proceso completo de la atención en sus múltiples contactos con el sistema sanitario. A veces no es la ausencia de atención lo que reciben los marginados sino más bien una atención inapropiada, por consecuencia de la cual mueren. Los determinantes sociales se convierten así en determinantes mortales, con visitas repetidas en las que no se identifican realmente sus necesidades y por ello no se les da respuesta ("unvoiced agendas"[14] y problemas "pegajosos"[15]).

Por último, conviene el estudio global de la repercusión en salud de la defectuosa atención por falta de equidad, por discriminación. A los profesionales sanitarios les impresiona que sus acciones descuidadas terminen provocando muertes evitables, como en las pacientes en silla de ruedas por cáncer de mama. El sufrimiento es lo que mueve y conmueve al profesional sanitario y enfrentarle al que no evita (o provoca) es duro, pero conlleva cambios a mejor, casi inevitablemente.

Ofrecer atención clínica sin discriminación es parte del contrato de los profesionales sanitarios con los pacientes, familias, comunidades y la sociedad. Sin buscar la equidad se pierde la confianza, y sin confianza es imposible ofrecer calidad.

---

[12] Gérvas J. La silla de ruedas es un factor de riesgo para morir por cáncer de mama. http://www.actasanitaria.com/la-silla-de-ruedas-es-un-factor-de-riesgo-para-morir-por-cancer-de-mana/

[13] http://www.videosysalud.es/ley-de-cuidados-inversos/

[14] Barry CA, Bradley CP, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. BMJ 2000;320:*1246* http://www.bmj.com/content/320/7244/1246

[15] Gérvas J. La pegajosidad de los problemas de salud pegajosos de los pobres. http://www.actasanitaria.com/pegajosidad-de-los-problemas-de-salud-pegajosos-los-de-los-pobre/