



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Equidad en las consultas de atención primaria, la equidad de lo cotidiano

Equality in primary care clinics: Equality in daily living

G. Tamborero Cao



Centro de Salud del Coll d'en Rabassa, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Ibsalut, Palma de Mallorca, España

Recibido el 18 de febrero de 2015; aceptado el 20 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 15 de abril de 2015

Las publicaciones sobre equidad en las revistas científicas se centran con frecuencia en sus relaciones con la ética, la sociología, la política sanitaria o la macrogestión. En cambio, no es habitual que se difundan aportaciones como las de Soler et al.¹, publicadas en este número de la Revista, que se alejan de las disquisiciones teóricas o académicas para circunscribirse a un ámbito específico, como es el análisis, por parte de un grupo de profesionales de atención primaria de diversos países, de la equidad en los encuentros clínicos entre los profesionales y los pacientes. Nos congratulamos que investigaciones de este tipo tengan cabida en la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

Ante situaciones en las que la equidad está en riesgo, nuestro imaginario suele evocar múltiples tópicos interrelacionados, como desigualdad, discriminación o injusticia, entre otros, que en muchas ocasiones se utilizan como sinónimos pero que en la práctica tienen importantes matices diferenciales.

Sin pretender ser exhaustivo, parece conveniente efectuar algunas precisiones conceptuales. La equidad es un componente esencial del buen gobierno, y en el ámbito de la salud constituye uno de los principales principios rectores de la mayoría de los sistemas de salud. Se ha definido equidad, en general, como la distribución justa de los recursos² o la ausencia de desigualdades injustas y evitables³. Por su

parte, la equidad en salud supone la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables, en uno o más aspectos de la salud, entre grupos de la población en función de sus características sociales, económicas o geográficas⁴. Otra definición, más parcial, interpreta la equidad como la igualdad de oportunidades para disfrutar de todo el potencial de salud⁵.

Llegados a este punto, conviene advertir que inequidad no es lo mismo que desigualdad, y, a su vez, no toda desigualdad se considera como inequidad. El concepto de desigualdades en salud alude al impacto que los determinantes sociales de la salud tienen sobre la distribución de la salud y de la enfermedad en la población. Estos son el conjunto de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, como, por ejemplo, la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia, o los equipamientos del lugar en el que viven o trabajan³, y que suelen tener su traducción en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos². El problema no es la existencia de desigualdades, sino que estas pongan sistemáticamente en desventaja a determinados grupos de personas⁵. Existen desigualdades que son objetivables, esperables y no modificables, que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), no pueden ser consideradas como inequidades. Así, la noción de inequidad adoptada por la OMS se reserva para las desigualdades en materia de salud «innecesarias, evitables e injustas»⁵. En consecuencia, la desigualdad es un concepto empírico, mientras que la inequidad, al

Correos electrónicos: tamborerogaspar@gmail.com,
gtamborero@ibsalut.caib.es

caracterizarse por ser evitable e injusta, incluye una dimensión moral y ética asociada a los principios de la justicia social y de los derechos humanos, constituyendo la lucha contra las desigualdades un imperativo ético de la sociedad⁵. Así, mientras que las desigualdades se miden, las inequidades se juzgan. En España y en la Unión Europea se utiliza de forma habitual el término «desigualdad», mientras que en otros países, fundamentalmente de América Latina, y en los organismos internacionales como la OMS, se emplea mayoritariamente el vocablo «inequidad».

La inequidad puede ser horizontal (cuando las personas con las mismas necesidades no tienen acceso a los mismos recursos) o vertical (cuando individuos o grupos con mayores necesidades no cuentan con mayores recursos)³. A su vez, la equidad en salud puede abordarse desde 2 puntos de vista: la equidad en los resultados de salud y la equidad en la atención de la salud. La primera pretende que cada individuo pueda desarrollar su máximo potencial de salud, con independencia de su posición o características sociales, mientras que la equidad en la atención de salud intenta que toda la población tenga asegurada la posibilidad de acceder y utilizar bienes y servicios sanitarios de alta calidad, de acuerdo a sus necesidades^{2,3}. Por tanto, desde el punto de vista de las políticas públicas requiere que los recursos sean asignados según las necesidades, teniendo en cuenta que existen grupos sometidos a una mayor vulnerabilidad, sobre los que deben intensificarse ciertas actuaciones en el campo de la salud.

Los grupos más desfavorecidos sufren con frecuencia una mayor inequidad en diversos ámbitos de su vida social, y esta situación de desventaja se suele mantener en sus relaciones con los servicios asistenciales, siguiendo la Ley de los Cuidados Inversos⁶. Sin embargo, los servicios sanitarios, en sí mismos, no constituyen el principal factor generador de las desigualdades en salud, ya que solo son uno de los determinantes del nivel de salud del individuo, y no el más importante. En la práctica, los servicios asistenciales pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su accesibilidad, utilización y calidad son menores, iguales o mayores, a igual necesidad, para los grupos sociales menos favorecidos⁷. Entre los obstáculos contrarios a una adecuada accesibilidad se pueden incluir, entre otros, el coste, las barreras idiomáticas y culturales, la falta de conocimientos y de información, o las diversas políticas de limitación o restricción de prestaciones. En este sentido, un acceso igualitario a los servicios de salud no necesariamente resultará equitativo, requiriéndose una discriminación positiva en favor de los individuos o poblaciones con mayores necesidades, si bien hemos de considerar que la mejora de la accesibilidad puede entrar en conflicto con otros imperativos políticos, como la contención de los costes.

Una vez conseguido el acceso a los servicios de salud, existe una escasa evidencia empírica de las posibles inequidades que se pueden producir en los miles de encuentros asistenciales entre los profesionales sanitarios y los pacientes que se dan diariamente en atención primaria. Es precisamente en este punto concreto del circuito asistencial donde se sitúa el trabajo de Soler et al.¹.

Conocemos poco sobre el posicionamiento, las actitudes y las aptitudes de los profesionales respecto a las inequidades que pueden suceder a los pacientes tras acceder a

los servicios de salud. Asimismo, desconocemos su impacto y sus consecuencias sobre los más desfavorecidos, y también ignoramos su frecuencia real, de la que probablemente solo tenemos conocimiento de aquellas situaciones más graves y que alcanzan una notoriedad pública⁸. Sin miedo a equivocarnos, podríamos afirmar que estos casos son solo la punta de un iceberg, de tamaño impreciso, constituido por situaciones injustas y vergonzantes. En este sentido, Soler et al.¹, aportan la visión de un grupo de profesionales de atención primaria sobre sus actitudes respecto a la equidad en la consulta, y su percepción sobre el posicionamiento de los pacientes, los políticos y los gestores, frente a este mismo problema. Obviamente, futuras agendas de investigación deberían incorporar, de forma complementaria, la opinión directa de los pacientes, de los políticos y de los gestores al respecto.

De las múltiples aportaciones recogidas por los autores¹, algunos aspectos a destacar son el reconocimiento de nuestras carencias como profesionales en materia de equidad, y que estas, además de implicar una baja calidad, pueden provocar riesgos para los pacientes en los encuentros clínicos. En consecuencia, es necesario modificar las aptitudes y actitudes de los profesionales a través de la formación y de la investigación. También reconocen los participantes el derecho insoslayable del paciente a su autonomía, y a disfrutar de un trato equitativo, que respete la diversidad y las diferencias, pero a su vez mencionan las carencias de la organización y del sistema para facilitar la equidad.

Tras estas reflexiones, proponemos, a modo de corolario, ocho ámbitos de actuación que pueden contribuir a minimizar las situaciones de inequidad en la consulta. Estos son:

1. Reconocer el problema de la inequidad en la consulta

El primer paso para poder actuar es reconocer la existencia del eventual problema de la inequidad en las consultas, además de valorar su importancia, y calibrar su magnitud y sus consecuencias.

2. Interiorizar la necesidad de actuar para minimizar las situaciones de inequidad

Una vez identificado el problema, es imprescindible adquirir e interiorizar una especial sensibilidad para incorporar, de forma permanente y sistemática, el tamiz de la equidad en nuestras actuaciones cotidianas, sobre la base del carácter injusto y evitable de las desigualdades en salud. Es importante reconocer que no solo existe la discriminación activa, y que el no abordar las inequidades de manera efectiva, o no actuar para evitar la estigmatización de determinadas personas, es en sí una forma de discriminación por omisión.

3. Identificar y reconocer nuestros déficits como profesionales ante la equidad, y adquirir una adecuada formación para poder superarlos

Los criterios éticos y de buena actuación profesional exigen que los profesionales de la salud presten sus servicios de manera competente, y para ello es imprescindible reconocer los déficits y formarse para poder superarlos. Precisamente, en la trayectoria formativa de pregrado y de posgrado de los profesionales sanitarios están prácticamente ausentes los contenidos relacionados con la equidad.

Los conocimientos sobre equidad no surgen por generación espontánea, sino que necesitan ser aprendidos mediante una formación y capacitación eficaz destinada a superar las carencias y a ampliar la base de conocimientos

y la competencia cultural, con el fin de dispensar unos cuidados equitativos.

4. Investigar sobre equidad

Existe una amplia gama de déficits en los conocimientos sobre la equidad en general, y de forma específica en los encuentros profesional-paciente, como, por ejemplo, su magnitud real, sus consecuencias, las actitudes y aptitudes de los profesionales, entre otros muchos aspectos que deberían ser objeto de investigación para poder abordarlos de una manera racional. La *Equity Checklist for Systematic Review Authors* (<http://equity.cochrane.org/our-publications>) proporciona algunas orientaciones metodológicas para la investigación sobre equidad que pueden ser de ayuda para los investigadores interesados en el tema.

5. Identificar las situaciones y las características personales y sociales de los pacientes que pueden condicionar un mayor riesgo de inequidad en la consulta

Si bien los sistemas asistenciales que se basan en la atención primaria son más apropiados que otros modelos para mitigar las desigualdades en salud⁷, existen grupos de población especialmente vulnerables (personas con bajos ingresos, parados, personas con problemas mentales, discapacitados, emigrantes o minorías étnicas, entre otros) que sufren un mayor riesgo de inequidad a lo largo de su vida y que se mantiene en sus contactos con el sistema sanitario. Es necesario identificar con precisión este tipo de personas, para poder ejercer mecanismos de priorización y de discriminación positiva hacia ellas, si pretendemos lograr unas condiciones no discriminatorias en las consultas.

6. Generar, en nuestro entorno de trabajo más próximo (centros de atención primaria), modificaciones orientadas hacia la consecución de una equidad efectiva

Además de formarnos en equidad, conviene propiciar un entorno en atención primaria más adecuado para minimizar las carencias de equidad en los encuentros clínicos, reclamando los recursos e instrumentos tecnológicos apropiados (historias clínicas informatizadas compartidas, sistemas de información adecuados, herramientas de comunicación...) y efectuado los cambios organizativos necesarios (agendas flexibles, cambios horarios, información clara y comprensible, etc.) para minimizar las situaciones de inequidad.

7. Reclamar entornos políticos y sociales propicios para fomentar la equidad

El rol de los profesionales sanitarios en la sociedad nos obliga, junto a otros actores, a luchar contra la pervivencia de marcos normativos y de prácticas sociales y profesionales que contribuyen a perpetuar las diferencias injustas. Algunas actuaciones podrían ser: la reclamación ante los políticos, a título individual y a través de nuestras sociedades científicas y profesionales, de un entorno social más equitativo mediante los oportunos cambios normativos; la inclusión de la equidad entre los criterios de acreditación

de la calidad de los servicios sanitarios, y la incentivación de la investigación sobre equidad en salud, entre otras posibilidades. Una meta colectiva sería el desarrollo de sistemas sanitarios donde la equidad sea una prioridad. Además, convendría que nuestras sociedades científicas velaran por la inclusión de la equidad en todas sus actuaciones corporativas (recomendaciones preventivas, guías clínicas, etc.).

8. Evaluar nuestros conocimientos, actitudes, actuaciones y resultados relacionados con la equidad

Al igual que la OMS recomienda la creación de un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria, como parte de una estructura de gobernanza mundial más amplia⁹, es necesario el establecimiento en atención primaria de mecanismos rutinarios de observación y vigilancia de la equidad, con indicadores relevantes y comparables a lo largo del tiempo, para poder conocer y mejorar nuestras actuaciones.

En definitiva, para que los encuentros entre los profesionales y los pacientes en atención primaria alcancen la categoría de «consultas sagradas»¹⁰, como así las denomina Gervas, coautor del trabajo comentado¹, un requisito ineludible es evitar el trato desigual e injusto, que puede perpetuar situaciones de desventaja en las personas y colectivos menos favorecidos. Buen parte de la superación de este reto está en nuestras manos.

Bibliografía

1. Soler J, Fernández MJ, Gervas J, Seminario de Innovación 2015. La equidad en la consulta clínica. Propuestas a pacientes, profesionales, gestores y políticos para limitar la discriminación. *Rev Calid Asist.* 2015;30:108-16.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
3. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health.* 2011;10:15.
4. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Commun Health.* 2003;57:254-8.
5. Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11:454-61.
6. Watt G. The inverse care law today. *Lancet.* 2002;360:252-4.
7. Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):6-13.
8. Informe de Médicos del Mundo. Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Madrid: Médicos del Mundo; 2015.
9. Commission on Social Determinants of Health. En: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Gervas J, Pérez M, Gutierrez B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria.* 2009;41:41-4.