



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

La equidad en la consulta clínica. Propuestas a pacientes, profesionales, gestores y políticos para limitar la discriminación



J. Soler-González*, M.J. Fernández de Sanmamed y J. Gérvas, en representación del Grupo del Seminario de innovación en atención primaria sobre equidad en la prestación de servicios clínicos

Recibido el 21 de diciembre de 2014; aceptado el 10 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 8 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Desigualdades en salud;
Investigación cualitativa;
Provisión de salud

Resumen

Objetivo: Realizar propuestas que mejoren la equidad de la atención clínica.

Métodos: *Diseño:* Grupo de discusión con enfoque cualitativo realizado desde la perspectiva de la equidad en la consulta. *Entorno:* Debate realizado en 2013 en España, centrado en la equidad en el trabajo clínico. *Participantes:* 98 profesionales de atención primaria de varios países. *Instrumentos:* El análisis de las respuestas fue realizado por los firmantes del presente trabajo agrupadas por temas, interpretadas y reestructuradas por los analistas para dar consistencia. Se diseñó un instrumento de recogida de datos con respuestas abiertas, que permitía responder de forma libre a 3 cuestiones generales que abordaban la mejora de la equidad desde la vertiente del propio profesional, del paciente, y del gestor y del político sanitario. No se fijó como horizonte analítico la saturación de los discursos, por entender que desde esta perspectiva subjetiva de priorización no existía posibilidad de que los discursos llegaran a saturarse.

Resultados: Se agregaron las respuestas en los 3 ejes principales recomendando a los profesionales que fueran conscientes de su posibilidad discriminatoria. A los pacientes se les propuso confiar en sus profesionales de salud, exigir la asignación de un profesional de referencia, y a los gestores facilitar los sistemas de información, contribuir a disminuir las desigualdades en salud y fomentar la autonomía del trabajador.

Conclusiones: El trabajo presenta propuestas concretas para fomentar una mejora en la equidad en la consulta, durante la prestación de servicios.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgesolergonzalez@gmail.com (J. Soler-González).

KEYWORDS

Healthcare
inequalities;
Qualitative research;
Delivery of health
care

Equality in clinical practice. Proposals for patients, professionals and managers and policies to limit discrimination

Abstract

Objective: To make feasible and practical proposals to improve equality in the course of clinical care during the patient-provider encounter.

Methods: Design: A focus group study was conducted with a qualitative approach from the perspective of reducing health inequalities in the clinic. **Setting:** A classroom discussion focused on equality in clinical work. **Subjects:** 98 professionals from several countries. **Measurement tools:** An analysis of the responses was performed, grouped by themes interpreted by analysts, and restructured to provide consistency and uniformity to responses given. Data were collected using a questionnaire with open answers, allowing free-form answers to three general questions that addressed improving equality from the perspective of the professional themselves, patients, and health policy managers. No saturation horizon of analytical discourses was set, to understand that from this subjective prioritization of opinion there is no possibility that discourses reached saturation.

Results: Responses were added to the 3 principal axes, recommending that professionals be aware of their discriminatory ability. Patients were asked to trust their health professionals and that they should be assigned to a professional. It was also proposed that managers provide information systems, help reduce health inequalities, and encourage professional freedom.

Conclusions: The paper presents concrete measures to promote improved equality in clinics during the delivery of health care.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los sistemas sanitarios de cobertura universal y financiación pública se basan en la solidaridad de quienes con sus impuestos (directos e indirectos) están dispuestos a que los servicios sanitarios se reciban según necesidad, no según capacidad de pagar.

La equidad pretende que dichos servicios sean los apropiados; es decir, los oportunos para quienes tengan necesidad, en grado similar en caso de la misma necesidad (equidad horizontal) y en grado proporcional según distinta necesidad (equidad vertical).

Son servicios oportunos aquellos que limitan o evitan las consecuencias de los problemas de salud; es decir, las intervenciones sanitarias que facilitan la respuesta profesional y mejoran o mantienen la salud de los pacientes y poblaciones.

El impacto de las desigualdades de salud y las diferencias de equidad en el sistema sanitario español ha sido todavía poco evaluado desde el punto de vista clínico. Además, a partir de 2008 el sistema sanitario ha cambiado como respuesta a la crisis económica; tales cambios tienen impacto en la práctica diaria y han aumentado las inequidades en salud, definidas como las desigualdades que son evitables.

En 2001, el *Institute of Medicine*¹ norteamericano describió 6 dimensiones para la asistencia sanitaria de calidad. Una de ellas es la equidad del sistema, de forma que la atención no debería verse influida por las características personales-grupales de género, etnias, recursos económicos, orientación sexual y otras. Sin embargo, los problemas de equidad son universales y también se han encontrado en España^{2,3}. Los estudios dedicados a las desigualdades

sociales en salud han puesto de manifiesto en múltiples ocasiones que ciertos colectivos, como la población con menores recursos económicos, las mujeres y los inmigrantes presentan indicadores de salud que denotan una peor situación⁴. Por ejemplo, en el caso de los pacientes inmigrantes se han realizado trabajos varios en España que demuestran claras desigualdades en el uso de los servicios sanitarios^{5,6}, de farmacia^{7,8}, y en bajas laborales⁹.

Tenemos, pues, constancia de problemas de equidad con los pacientes en el momento de la prestación de servicios según características varias como clase social, etnia, sexo, preferencias sexuales, enfermedad, edad, situación legal y otras características, factores que hacen se cumpla la Ley de Cuidados Inversos^{10,11}.

El presente trabajo surge de un seminario de innovación en atención primaria y pretende realizar propuestas factibles y prácticas que mejoren la equidad en el curso de la atención clínica, durante el encuentro profesional-paciente.

Participantes y métodos

Estudio con enfoque cualitativo realizado desde la perspectiva de la equidad en la consulta, con la finalidad de contribuir a la disminución de las desigualdades en salud.

Se llevó a cabo el 27.º Seminario de innovación en atención primaria de modo virtual desde diciembre de 2013 a abril de 2014, y de forma presencial en Barcelona, el 28 de febrero y 1 de marzo de 2014 (*Innovación en mejoras de la equidad en la prestación de servicios clínicos*). El debate se centró en la equidad en el trabajo clínico, no en las grandes teorías ni en los graves problemas de la equidad y discriminación respecto al acceso, sino en lo que sucede a los pacientes cuando ya han tomado contacto con el sistema sanitario (en

la sala de espera, en la consulta médica-de enfermería-de odontología-de la trabajadora social, en la farmacia, en el domicilio del paciente, en urgencias, etc.).

Participaron en el seminario 98 profesionales que provenían de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, España, Portugal y Uruguay. De ellos, 45 se reunieron para el debate presencial en Barcelona, para realizar una puesta en común con un esquema prefijado de intervenciones con 5 ponentes y 3 presentaciones de casos clínicos, con varias rondas de exposiciones espontáneas y cuestiones-respuestas con participación general.

Se realizó un documento resumen de las mismas, que está accesible *online*¹², donde también pueden encontrarse las distintas presentaciones e intervenciones¹³. Todos los participantes en el seminario tienen amplia experiencia asistencial y debatieron a lo largo de meses, virtualmente, los problemas de la equidad en la prestación de servicios con el intercambio de ideas, conocimiento, materiales y publicaciones.

Posteriormente a la sesión presencial se diseñó un instrumento de recogida de datos con respuestas abiertas, que recibieron los 98 integrantes para que con tiempo realizaran una priorización de propuestas concretas y factibles para fomentar estratégicamente la disminución de las desigualdades en salud en el mundo sanitario.

El instrumento, que constituyó la base del presente trabajo, permitía responder de forma libre a 3 cuestiones generales que abordaban la mejora de la equidad desde la vertiente del propio profesional, del paciente, y del gestor y el político sanitario. Las preguntas rezaban así: «¿Cuáles son las 10 recomendaciones que propondrías a tus compañeros (y a ti mismo) para mejorar la equidad en la prestación de servicios, en la propia consulta?», «¿Cuáles son las 10 recomendaciones que propondrías a los pacientes para mejorar la equidad en la prestación de los servicios, en la propia consulta?», «¿Cuáles son las 10 recomendaciones que propondrías a los gestores y políticos para mejorar la equidad en la prestación de los servicios, en las consultas de los profesionales?».

No se fijó como horizonte analítico la saturación de los discursos¹⁴, por entender que desde esta perspectiva subjetiva de priorización no existe posibilidad de que los discursos lleguen a saturarse. Las formas de subjetivación en el campo de las desigualdades resultan infinitamente matizables.

Nueve profesionales participaron virtualmente en la redacción final de las propuestas que se presentaron, y posteriormente se volvieron a consensuar en el grupo general también por cooperación virtual.

El análisis de las respuestas fue realizado por los 3 primeros firmantes del presente trabajo (JS, MJFS y JG). Fueron agrupadas por temas, interpretadas y reestructuradas por los analistas para dar consistencia a los resultados y uniformidad de lectura.

Resultados

Las respuestas a «Recomendaciones a los profesionales sanitarios para mejorar la equidad en sus consulta» giraban en torno a aceptar el cuestionamiento de nuestra autoridad como profesionales, a situar al paciente como sujeto de derecho sobre su propio cuerpo, al respeto y la aceptación

del otro en su diversidad global y a evitar los prejuicios y las sobreinterpretaciones durante la entrevista con el paciente. En este apartado las respuestas más repetidas entre los participantes fueron: evitar tomar las decisiones por el paciente, poner siempre por delante los aspectos clínicos y jamás anteponer los incentivos de farmacia, y conocer y tener siempre presente en qué tipo de pacientes podríamos ejercer inequidades y en estos casos esmerar la atención.

También se recomendó buscar al finalizar la jornada los historiales de aquellos pacientes que han generado en el propio profesional un sentimiento negativo o de rechazo en la consulta y cuestionarse si la actitud diagnóstica o terapéutica tomada se ha visto condicionada por este motivo (tabla 1). Se aconsejó que el profesional intente tener en la consulta una actitud empática, ampliar su formación e investigación en todo lo relacionado con la equidad y las desigualdades en salud y buscar espacios de reflexión personal y grupal para analizar la actividad que se realiza en la consulta de forma que se sea consciente de los riesgos y dificultades que tiene el encuentro clínico para los pacientes. Fueron cuestiones también repetidas la de estimular la docencia en el equipo de trabajo sobre equidad en la consulta, fomentar la flexibilidad personal para adaptarse a la heterogeneidad de los pacientes y mejorar el registro en las historias clínicas de todos aquellos aspectos clínicos-sociales (capítulo de códigos Z de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria), incluyendo la anotación de la clase social-nivel máximo de educación formal.

Las respuestas relacionadas con las «Recomendaciones a los pacientes» se centraron en aconsejarles que pregunten tantas veces como sea necesario para que el profesional sanitario sea capaz de comprender en profundidad lo que desea comunicar. Para eso es importante que se tenga confianza en el profesional, que la posibilidad de cambiarse de profesional de referencia sea factible y sencilla, y que fuera fácil realizar una queja que permita evidenciar los casos de inequidad. También se recomendaba al paciente que vaya bien preparado a la consulta, llevando una lista de motivos de consulta cuando sea necesario, o incluso acudir acompañado con alguien de confianza que facilite el encuentro (tabla 2).

El listado de propuestas relacionadas con las «Recomendaciones a los gestores y políticos» fue el más extenso y en todos los casos se centró en su contribución para facilitar el trabajo asistencial ayudando a hacer posible las propuestas de mejora de la equidad, tanto desde la perspectiva del profesional como de la del paciente. Para ello se propuso la mejora de los sistemas de información para facilitar el registro de los códigos Z (etiquetas creadas en las principales clasificaciones de enfermedades para catalogar problemas de salud que no son propiamente enfermedades) y de las variables socioeconómicas del paciente, y la unificación de los historiales clínicos informatizados entre las distintas comunidades autónomas del Estado. Se destacó el papel de los gestores a la hora de fomentar la autogestión de las agendas para adaptarlas a las distintas realidades y necesidades de los territorios, y ser muy conscientes de los objetivos e incentivos económicos individuales que se planifican, porque pueden ser perversos y en ocasiones aumentar las desigualdades en salud. Para ellos se propuso que fueran también facilitadores de la docencia y la investigación de

Tabla 1 ¿Cuáles son las recomendaciones que proponemos a los profesionales sanitarios para mejorar en la consulta la equidad en la prestación de servicios?**Evitar**

- Que nos influya negativamente el hecho de que el paciente haya rechazado algún tratamiento propuesto
- Presuponer cosas que el paciente no ha dicho; preguntar en vez de suponer
- Decidir por el paciente: hágalo participar en la decisión en la medida de lo posible
- Referirse a sus pacientes utilizando apelativos relacionados con características diferenciales que pudieran suponer motivo de discriminación cuando converse con otros profesionales del centro de salud
- Emplear «etiquetas» denigrantes en la historia clínica del paciente
- Centrar nuestro quehacer exclusivamente en la demanda de la consulta que expresa el paciente sino facilitar la expresión de la «agenda oculta»
- Diferenciar al paciente por su minusvalía o característica particular en la historia
- Priorizar en la asistencia el conseguir los incentivos de farmacia
- Llamar a los pacientes para fomentar servicios que se remuneran específicamente (para vacunarlos de la gripe y actividades proactivas similares) pues generalmente ahondan las diferencias
- Convertir sistemáticamente el hecho diferencial del paciente (como inmigrante, lesbiana, esquizofrénico, sordomudo, etc.) en el hecho central de la atención
- Sentirse amenazado si se da cuenta de lo poco que se cumple la equidad en su consulta, sino procurar que sirva de acicate y estímulo
- Convertir lo diferencial en esencial (por ejemplo, ver al paciente negro como negro y por ello ya casi como de otra especie)
- Que los diagnósticos previos del paciente (infección por VIH, trastorno mental...) nos sesguen a la hora de atenderlo

Intentar:*Acciones relacionadas con la docencia e investigación:*

- Realizar investigación sobre las desigualdades en salud y fomentar su publicación en forma de estudios científicos
- Formarse en el abordaje para la reducción de inequidades en salud
- Revisar el conocimiento científico que aplicamos en la consulta
- Incorporar al conocimiento científico al contexto del paciente y considerar las implicaciones éticas y de eficiencia
- Ampliar el repertorio comunicativo (palabras, dibujos, gestos...) para mejorar la información que reciben pacientes analfabetos, con bajo nivel cultural, bajo nivel intelectual, o que no hablan nuestro idioma
- Educar a sus estudiantes y residentes en la equidad
- Incorporar crítica constructiva y con propuestas en nuestra relación con los profesionales del equipo y con otros profesionales
- Participar en actividades docentes sobre equidad en la consulta
- Pensar en los problemas de equidad en la consulta y sea capaz de tener una sesión clínica al mes y en ella exponer situaciones y casos prácticos
- Mejorar su nivel de idioma para responder a sus pacientes con problemas de comunicación (sordomudos, extranjeros, ciegos y otros)
- Comentar en sesiones clínicas los problemas encontrados respecto a la equidad de la atención, y buscar tanto un enfoque clínico práctico como ético y de profesionalismo
- Seguir las publicaciones sobre equidad en la consulta y contribuir a difundirlas entre sus compañeros
- Identificar a los líderes comunitarios de las minorías que atienda (mujeres pakistaníes, por ejemplo) para que le comenten sobre su cultura y su forma de entender la salud y la enfermedad
- Ser capaz de decir algunas palabras y frases de los idiomas de sus pacientes extranjeros

Acciones relacionadas con la calidad:

- Transformar el pensamiento de «estilos de vida» en «condiciones de vida», para entender mejor a los pacientes que, por ejemplo, fuman, están obesos, incumplen las citas, etc.
- Hacer diagnósticos en «positivo» (por ejemplo, la asombrosa capacidad para vivir con un euro al día)
- Ponerse en el lugar del paciente para hacerle llegar el mensaje, teniendo en consideración su contexto cultural, origen y creencias
- Detectar las características de los pacientes que te incomodan y trabajar sobre ello
- Realizar su ejercicio profesional con responsabilidad y autonomía, no centrado en lo que me mandan ni en lo que me miden o evalúan
- Evaluar continuamente respecto a la atención que reciben sus pacientes e indagar sobre las características de aquellos a los que tiene tendencia a tratar peor
- Dedicar un tiempo extra a analizar cuáles son los problemas que subyacen en aquellos pacientes etiquetados como hiperfrecuentadores
- Determinar qué pacientes tienen mayor probabilidad de sufrir problemas en la atención especializada, y ofrecerles los medios y herramientas necesarios (informes, comunicación directa, explicación de objetivos de antemano) para intentar reducirlos

Tabla 1 (continuación)

Incluir un espacio habitual en la entrevista clínica: el contexto social del paciente
Revisar la consecución de los incentivos ligados a calidad para que no incrementen el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos (por ejemplo, más citas a los pacientes que mejor cumplen con los indicadores de diabetes)
Mantener una accesibilidad flexible, especialmente con los pacientes más discriminados (prostitutas, drogadictos y otros) de forma que les pueda tratar en la consulta con dignidad
Medir sus tiempos de consulta un día cualquiera y observar la relación con necesidad y clase social de los pacientes atendidos
Considerar los problemas éticos de las «pequeñas cosas», como la equidad en la consulta
Ser capaz de cambiar su estilo de práctica cuando se dé cuenta de que el paciente es distinto
<i>Acciones relacionadas con los sistemas de información:</i>
Buscar al finalizar la jornada los historiales de aquellos pacientes que le han generado un sentimiento negativo o de rechazo en la consulta y cuestionarse si la actitud diagnóstica o terapéutica tomada se ha visto condicionada por este motivo
Preguntar y registrar la ocupación laboral y nivel máximo de educación formal del paciente (o responsable de la familia, en caso de un menor)
Planificar y disponer en la consulta de herramientas de apoyo suficientes para asegurar una comunicación efectiva con sus pacientes
Adaptar en lo posible su agenda a las necesidades esperadas y encontradas de cada paciente
Prescribir en el informe de alta el apoyo social que pudiera ayudar al paciente con la misma naturalidad con que se realiza la prescripción de un fármaco
Facilitar una nota de información a todos los pacientes en que se haga constar su filosofía de trabajo de que no discrimina en la consulta por ninguna situación (etnia, sexo, sexualidad, problema de salud, minusvalía, etc.)
Identificar cada día una dificultad respecto a la equidad en la consulta y revisar tu propio trabajo para saber si es una cuestión estructural, por ejemplo, una dificultad para hacer una buena entrevista con una paciente sordomuda
Identificar y registrar en la historia clínica los problemas Z (sociales)
Registrar los datos de la clase social del paciente
Registrar y anotar las minusvalías tipo «usa silla de ruedas», «es sordomuda», etc.

los temas discutidos estimulando a que las variabilidades en los procesos asistenciales sean las lógicas entre los profesionales (tabla 3).

Discusión

En el presente trabajo se han podido resumir gran cantidad de propuestas de mejora práctica para poder incrementar la equidad en la prestación de los servicios de salud y con ello lograr disminuir la discriminación. Para poderlas estructurar por grupos se ha realizado un enfoque desde 3 perspectivas asistenciales bien distintas, la del profesional sanitario, la del paciente como usuario del sistema sanitario y la del gestor-político sanitario desde su perspectiva de administrador de recursos públicos.

Aunque no se fijó como meta la saturación, la forma de estructuración de las preguntas ha permitido mucha concordancia en las propuestas, que cuando han sido planteadas repetidamente por los participantes se han agregado en un mismo verbatim.

Los informantes han advertido a los profesionales que pueden ser inequitativos en su práctica y, en consecuencia se les recomienda mejorar sus registros, y aumentar su formación e investigación en este campo. A los pacientes se les propone confiar en sus profesionales de salud, exigir la asignación de un profesional de referencia y preguntar tantas veces como sea necesario. Las recomendaciones a los gestores conforman el listado más amplio, probablemente por ser los que pueden hacer posible una gran mejora en

el campo discutido, que pasa por facilitar los sistemas de información, por contribuir a disminuir las desigualdades en salud, y por fomentar la autonomía del trabajador para que pueda desarrollar bien su labor.

Hay recomendaciones que no han entrado directamente en la priorización pero sí en el debate interno, como el incrementar el acceso a los servicios sanitarios apropiados y necesarios, poniendo como ejemplo, el acceso que hoy se soslaya a las citologías de cuello de útero en las mujeres con sida¹⁵; o la citología de cuello de útero como ejemplo de prevención «en exceso» en la clase media-alta y en defecto en la clase baja y sobre todo en mujeres marginadas¹⁶. Se conoce por tanto, que las más «expuestas» (las que corren el riesgo de tomar contacto con un profesional sanitario) reciben citologías de más, y las mujeres que más lo necesitan (presas, drogadictas, marginadas, pacientes con sida, pobres, vagabundas, etc.) menos de las necesarias. La consecuencia es que las mujeres con cáncer infiltrante de cuello de útero no suelen tener ninguna citología reciente¹⁷. También se han analizado experiencias sobre la falta de equidad en el trato a las pacientes embarazadas de etnia gitana y la gran dificultad que ocasiona la atención sanitaria en barrios extremadamente marginales¹⁸.

Se ha insistido en fomentar todo aquello que contribuya a disminuir la «Ley de Cuidados Inversos», y como ejemplo se ha discutido acerca de las listas de espera de meses para la colonoscopia diagnóstica y la priorización de las colonoscopias de cribado que consiguen aumentar el número de personas diagnosticadas de cáncer de colon, disminuyendo muy poco la mortalidad¹⁹ y aumentando injustificadamente

Tabla 2 ¿Cuáles son las recomendaciones que proponemos a los pacientes para mejorar la equidad en la prestación de los servicios?*Le recomendamos que:*

Si no entiende el mensaje de su médico o no está de acuerdo con él, hágaselo saber
 Confíe en su médico y/o su enfermera. Si no lo hace, haga por cambiarlo, dígaselo o utilice otros medios
 Si siente que ha perdido la confianza en su médico, cambie a otro profesional
 Si su médico no le pregunta sobre algo que cree importante, saque usted el tema
 Si considera que se le ha limitado el acceso a un servicio sanitario, reclámelo con cortesía pero firmemente a su médico u oficialmente (mediante hojas de reclamaciones)
 Si es inmigrante y tiene dudas sobre sus prestaciones sanitarias, acuda a asociaciones locales y ONG para pedir asesoramiento en materia de acceso al sistema sanitario
 Si siente que es discriminado por alguna característica diferencial que usted posea, dígaselo a su médico
 Si tiene dudas: pregunte
 No permita que haya ciudadanos sin posibilidad de acceder al mismo sistema sanitario que usted
 Lleve por escrito en una hoja los factores que considera más limitantes para su salud: relación con su médico, dificultad económica, acceso a la consulta, falta de apoyo social... falta de autopercepción sobre su estado de salud, etc.
 Sea claro y sincero con su médico, enfermera, farmacéutico, trabajador social y administrativo respecto a cuándo cree que no le han entendido bien o cuando no ha tenido tiempo suficiente de explicarse
 Valore a los profesionales e intente estar con aquellos que sean más receptivos a los pacientes «diferentes» (por ejemplo, lesbianas)
 Procure estar a su hora y cumplir las normas, aunque incluso le parezcan absurdas, y a cambio exija con su comportamiento y serenidad un trato digno
 Promueva su participación en vivo y en directo en alguna sesión de casos clínicos sobre minorías, como ciegos, lesbianas, pacientes en silla de ruedas y otras
 Vaya preparado a la consulta, tanto mental como físicamente de forma que exponga con sencillez y claridad sus problemas y facilite su exploración física
 Intente entender cómo piensa el profesional y cómo se comportan la mayoría de los pacientes (la sala de espera es un observatorio ideal), para poder darse cuenta de qué tienen ellos de distinto
 Pida por escrito los horarios y los servicios ofrecidos para poder solicitar que se añadan los que precisen las minorías
 Si sufre discriminación en la consulta, no lo considere normal y ejerza sus derechos con calma y con constancia
 Explique sus agendas y problemas pues a veces el profesional no entiende qué se espera de él
 Recorra a ayudas de terceros en la consulta cuando el problema sea importante, por ejemplo sensación de enfermedad grave en un paciente sordomudo
 Exponga a los profesionales aquello que siente es discriminación; a veces es solo cuestión de hacerlo notar, o de resolver el malentendido para que se solucione
 No se enfade ni reaccione violentamente en caso de discriminación pues se consigue mucho más por las buenas que por las malas y con firmeza que con agresividad
 Ejercer presión en grupo, si puede, si no se resuelven los problemas de discriminación
 Lea y comparta las lecturas sobre equidad en la consulta

No dude en:

Exigir tener asignado un médico de familia de referencia
 Comentarle a su médico y enfermero cuál es su ocupación laboral pues es una cuestión habitualmente importante
 Preguntar: la consulta es un buen lugar para plantear dudas y percepciones respecto a las opciones planteadas por el profesional (ya sean preventivas, diagnósticas, terapéuticas y/o de rehabilitación)
 Plantear un diálogo sobre lo que hacer y no hacer
 Buscar las herramientas o apoyo necesarios para asegurar una buena comunicación si cree que puede existir alguna dificultad
 Explicar a su médico si existe algún problema para poder realizar el tratamiento propuesto
 Solicitar una alternativa que pueda adaptarse a su situación
 Tratar de formular con claridad aquello que le preocupa más, y en lo que desearía se centrara el profesional durante la consulta
 Pedir a un familiar, amigo o compañero de confianza que le acompañe a la consulta si considera que puede serle de ayuda
 Solicitar ser explorado, si así lo desea; hágalo constar al profesional con cortesía pero sin acobardarse
 Solicitar explicaciones en profundidad, aunque tenga alguna minusvalía, sea claro, sin avergonzarse
 Llevar al centro de salud, y a los profesionales, material por escrito sobre su enfermedad o situación limitante, aunque esté escrita en otro idioma
 Pedir que se establezcan normas y rutinas respecto a la equidad en la consulta, y participar en su elaboración

Tabla 3 ¿Cuáles son las 10 recomendaciones que proponemos a los gestores y políticos para mejorar la equidad en la prestación de los servicios, en las consultas?

Contribuir a:

Acciones relacionadas con la docencia e investigación:

- Fomentar el estudio de los problemas de equidad en la consulta en los programas de formación de los centros de su área
- Promover la docencia sobre equidad en la consulta (casos prácticos, análisis de errores habituales, etc.)
- Estimular la formación de al menos un miembro de cada grupo (médico, enfermera, trabajadora social, administrativo) en cada centro de salud para que puedan tener conocimiento respecto a la equidad en la consulta
- Facilitar a los profesionales un mejor conocimiento sobre los apoyos sociales de que dispone el paciente en la población
- Difundir las actividades y publicaciones sobre equidad en la consulta.
- Promover reuniones (al menos 2 al año) específicas de Dirección sobre los problemas en la práctica de equidad en la consulta

Acciones relacionadas con la calidad:

- Conseguir que en las zonas donde los pacientes tienen más demanda del médico de familia haya suficientes profesionales para atenderla
- Detectar aquellas actividades con valor especial en la clase social baja y fomentar su realización en dicha población (programa del niño sano, citologías cérvix)
- Introducir mecanismos de evaluación de las inequidades en el proceso clínico dentro de los procesos de acreditación de los profesionales y de centros sanitarios, teniendo en consideración la evaluación de las intervenciones clínicas (preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras) con resultados en salud
- Definir criterios de alto riesgo para una atención deficitaria por falta de equidad y diseñar un plan para su integración en la actividad de los centros
- Medir el número real activo de profesionales en el área y en centros hospitalarios y su horario dedicado a la asistencia, investigación y docencia para adaptarlo a las necesidades en una misma comunidad
- Tener un acceso «normalizado» a fármacos o tratamientos específicos, no en función de la inspección de cada área sanitaria y revisar anualmente las diferencias entre áreas
- Revisar las altas de la atención especializada derivadas a primaria con criterios de calidad ajustados a los recursos disponibles actuales por diagnósticos
- Diferenciar entre procesos asistenciales agudos y crónicos, pues la equidad posiblemente se vea más mermada en los segundos
- Disminuir el recambio continuo de los profesionales asistenciales
- Fomentar la presencia de los líderes y representantes de las minorías de la población (gitanos, sordomudos, ciegos, inmigrantes, homosexuales, minusválidos, etc.) en lo que respecta al uso de los servicios
- Introducir en la comisión de ética las cuestiones sobre equidad en la consulta para que se traten periódicamente
- Considerar el logro de la equidad como el objetivo central de su trabajo y tomar, en consecuencia, medidas para hacerlo efectivo
- Promover la atención a las minorías como parte de la rutina que tiene que haber para la mejora de la calidad en la consulta, y analizar que se cumple tal calidad
- Facilitar en la práctica el componente humano de la atención y no solo el científico-técnico, del estilo de premiar las consultas que son más elegidas por miembros de las minorías
- Introducir en los consejos de dirección a algunos representantes de pacientes y también de aquellas minorías existentes
- Estimular que los propios gestores y también los sanitarios se consideren responsables de toda la población y hagan estudios para saber qué pasa con los que no toman nunca contacto con el sistema sanitario
- Controlar que no haya exceso de atención a los pacientes con minusvalías, sino la atención oportuna que evita su mayor mortalidad
- Conseguir que los objetivos clínicos tengan una clara utilidad clínica para los profesionales, y que el personal sanitario proponga qué objetivos creen más útiles
- Evitar la inducción de la prescripción de los medicamentos más caros porque limita su acceso a personas con peor nivel socioeconómico, limitando la promoción e incentivos por parte de la industria farmacéutica en pro de una formación continuada independiente
- Disminuir las decisiones y variabilidad en los procesos asistenciales en función del tipo de gestión o política que impera en cada lugar y momento

Acciones relacionadas con los sistemas de información:

- Fomentar e incentivar (de la manera pertinente en cada lugar) la inclusión de datos socioeconómicos en la historia clínica (máximo nivel educativo formal, profesión y ocupación laboral, principalmente)
- Mejorar la evaluación de calidad en la atención, fomentando el uso de indicadores que reflejen la atención dedicada en la consulta a problemas socioeconómicos. Puede utilizar para ello la cuantificación del uso de códigos diagnósticos Z

Tabla 3 (continuación)

Incluir entre los objetivos de la Gerencia algunos que tengan que ver con el capítulo de códigos Z (problemas sociales)
Facilitar a los médicos de familia la gestión de su agenda de consulta, para poder adaptar el tiempo de visita a las necesidades de sus pacientes
Unificar una historia clínica para todas las comunidades autónomas
Incluir en la historia clínica informatizada el nivel cultural del paciente, y el de los padres en niños
Promover mediante el control de calidad de su atención el trato digno en los pacientes marginados, especialmente en los casos en que se sabe hay problemas de equidad (obesidad, sordera, homosexuales de ambos sexos y transexuales, inmigrantes pobres, esquizofrénicos y otros)
Fomentar la utilización del sistema de información para estudiar y difundir los resultados de la atención a los pacientes de minorías (por ejemplo, pacientes con infarto de miocardio según sean gitanos-etnias varias y autóctonos)
Eliminar los indicadores por enfermedad verticales, y sustituirlos por los horizontales como buena atención global a pacientes de más de 80 años, en la consulta y a domicilio, del conjunto de sus enfermedades
Introducir en el registro de datos de todas las historias clínicas la clase social del paciente

el número de pacientes con lesiones premalignas, como por ejemplo los pólipos, en los que luego no existe una evidencia sobre su manejo²⁰.

Sobre los procesos de evaluación e incentivación de los médicos hay también importantes experiencias que ponen en evidencia el riesgo de lesionar el profesionalismo médico por ver su trabajo dirigido y monetarizado al detalle. Estas experiencias están siendo copiadas como modelo en nuestro país, en un momento en el que en el Reino Unido se están alejando ya de estos incentivos por actos realizados, por «rendimiento» o por «calidad» pues disminuyen la calidad asistencial. Actualmente se estimulan más otros objetivos que afectan a la calidad como, por ejemplo, prestar atención global a mayores de 75 años^{21,22}.

Un tema que se ha repetido mucho entre los participantes del presente estudio es dar la importancia que el tema se merece en la formación, estrategia que debería abordarse de una manera transversal iniciándose en las facultades de medicina y finalizando con la formación continuada de los profesionales²³.

Como limitaciones del trabajo, señalar que hemos encontrado una cierta homogeneidad en las respuestas que seguramente está en directa relación con el perfil de los participantes en el seminario. Este aspecto hace que los resultados reflejen la voz de los profesionales más sensibilizados con la equidad y, aunque parecen los más indicados para poder realizar un documento de consenso, se nota la ausencia de otras variantes discursivas como la de profesionales menos motivados.

El presente trabajo ha centrado el análisis del tema en la equidad y no en el de la discriminación, que son aspectos distintos. La discriminación implica voluntariedad de tratar diferente al paciente por sus características, ya sean sociales, étnicas, laborales, ideológicas, etc. La inequidad no implica necesariamente discriminación ni, por tanto, voluntariedad. Es por eso que evidenciar algunos de los aspectos que deben ser mejorados puede contribuir a ese ejercicio de conciencia necesario para constatar la capacidad de mejora. La inequidad se produce muchas veces como consecuencia del género mujer, en estatus socioeconómica bajo, en determinadas etnias, etc. pero no implica voluntariedad de tratar de forma diferente. Un ejemplo de esta diferencia es lo que ocurre en las personas inmigrantes en situación administrativa irregular. Si un profesional de atención primaria pone trabas para la atención a estas personas o las trata

de forma diferente estaríamos ante un problema de inequidad. No obstante, si a un inmigrante se le niega por ley el acceso al sistema justamente por ser inmigrante (Real Decreto 167/2012), se trataría de una discriminación porque implica voluntariedad. Las medidas para combatir la discriminación son fundamentalmente sociales y legales y ello contribuirá sin duda a modificar la actuación individual. Por lo que respecta a la inequidad, a pesar de que los cambios sociales son importantes, la reflexión y actuación individual de los profesionales en la consulta serán básicas para combatirla.

En conclusión, el presente trabajo presenta propuestas concretas para fomentar una mejora en la equidad en la consulta, durante la prestación de servicios. En estudios posteriores habría que valorar el impacto en salud de dichas propuestas.

Financiación

El presente trabajo ha sido realizado sin financiación externa.

Contribución de autoría

Los 3 autores del trabajo han participado en el diseño del trabajo, en la participación del Seminario, en el diseño del análisis cualitativo, en la interpretación de las respuestas y su proceso, y en la redacción completa del artículo. Los 3 autores han aprobado la versión final del artículo. Jorge Soler-González es el responsable final del artículo y el que garantiza la exactitud de todos los pasos realizados para la elaboración del trabajo.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los participantes en el Seminario de innovación en atención primaria sobre equidad en la prestación de servicios clínicos.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Borrell C, Malmusi D. Research on social determinants of health and health inequalities: Evidence for health in all policies. *Gac Sanit*. 2010;24:101–8.
3. Soler González J. ¿Por qué lloran los inmigrantes? 1.ª ed Lleida: Milenio; 2010. p. 233.
4. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18:2–6.
5. Gimeno-Feliu LA, Macipe-Costa RM, Dolsac I, Magallón-Botaya R, Luzón L, Prados-Torres A, et al. Frequency of attending Primary Care clinics by the immigrant versus autochthonous population. *Aten Primaria*. 2011;43:544–50.
6. Soler-González J, Serna C, Rué M, Bosch A, Ruiz MC, Gervilla J. Use of primary care resources by immigrants and the autochthonous persons who contact the care services in the city of Lleida, Spain. *Aten Primaria*. 2008;40:225–33.
7. Rué M, Bosch A, Serna MC, Soler-González J, Galván L, Cruz I. Observational study on drug spending in the immigrant and the indigenous population in the Lleida (Catalonia) health region. *Aten Primaria*. 2010;42:328–37.
8. Cruz I, Serna C, Real J, Rué M, Soler J, Galván L. Comparison of the consumption of antidepressants in the immigrant and native populations in a Spanish health region: An observational study. *BMC Public Health*. 2010;10:255.
9. Soler-González J, Serna MC, Bosch A, Ruiz MC, Huertas E, Rué M. Sick leave among native and immigrant workers in Spain—a 6-month follow-up study. *Scand J Work Environ Health*. 2008;34:438–43.
10. Gérvas J. Los cuidados inversos, por la jeta. *GCS*. 2007;9 [acceso 30 Ene 2015]; Disponible en: <http://equipocesca.org/los-cuidados-inversos-por-la-jeta>.
11. Luna A, Rodríguez LM, Ortega P. Análisis de un brote de sarampión en una barriada de la provincia de Sevilla, España. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:257–66 [acceso 30 Ene 2015]; Disponible en: http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos.propios/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_3/RS873C_257.pdf
12. Notas de las sesiones presenciales del Seminario de innovación en atención primaria sobre problemas de equidad en el proceso de atención. 28 de febrero y 1 de marzo de 2014. Barcelona [acceso 30 Ene 2015]. Disponible en: <http://equipocesca.org/innovacion-en-mejoras-de-la-equidad-en-la-prestacion-de-servicios-clinicos/>
13. Conclusiones y material. Mejoras en la equidad en la prestación de servicios clínicos. Seminario de innovación en atención primaria (SIAP). Barcelona, 28 de febrero y 1 de marzo de 2014 [acceso 30 Ene 2015]. Disponible en: <http://equipocesca.org/conclusiones-y-material-mejoras-en-la-equidad-en-la-prestacion-de-servicios-clinicos-seminario-de-innovacion-en-atencion-primaria-siap-barcelona-28-de-febrero-y-1-de-marzo-de-2014/>
14. Alameda A, Pazos A. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:863–75.
15. Valeria S, Cristina A, Jordi C. Low prevalence of cervical cancer screening among HIV-positive women in Catalonia (Spain). *J AIDS Clinic Res*. 2013. S3:004.
16. Puig-Tintoré LM, Castellsagué X, Torné A, de Sanjosé S, Cortés J, Roura E, et al. Coverage and factors associated with cervical cancer screening: results from the AFRODITA study: a population-based survey in Spain. *J Low Genit Tract Dis*. 2008;12:82–9.
17. Sanjosé S, Alejo M, Combalia N, Culubret M, Tarroch X, Badal JM. Historia de cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. *Gac Sanit*. 2006;20:166–70.
18. Aragón B. La cañada real galiana: trabajo de una médica de cabecera [acceso 30 Ene 2015]. Disponible en: <http://pelladegofio.blogspot.com.es/2010/12/la-canada-real-galiana-trabajo-de-una.html>
19. Gérvas J. Cribado de cáncer de colon, otro a eliminar [acceso 30 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/cribado-de-cancer-de-colon-otro-a-eliminar>
20. Hoff G, Bretthauer M, Garborg K, EideNew J. Polyps, old tricks: Controversy about removing benign bowel lesions. *BMJ*. 2013;347:f5843.
21. Kaffash J. Landmark contract deal cuts QOF by 40% and boosts global sum-but will force GPs to publish their pay [acceso 30 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.pulsetoday.co.uk/yourpractice/resources/contract-story/20005059.article#.U0ARXVeaRGw>
22. Kontopantelis E, Springate D, Reeves D, Ashcroft DM, Valderas JM, Doran T. Withdrawing performance indicators: Retrospective analysis of general practice performance under UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*. 2014;2:348–417.
23. Spence D. The lives of others. *BMJ*. 2014;348:g2209.