

Primary Care Health Care Innovation Seminar

Barcelona, October 1st 2011

Resumen de

Prevención cuaternaria y equidad

3 preguntas para el debate al final del texto

Vicente Ortún

Decano Facultad Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Pompeu Fabra

Equidad es el juicio social acerca del grado de tolerabilidad de las diferencias entre grupos de individuos definidos con algún criterio: social, económico, geográfico...

Equidad (Equity) concepto diferente, por tanto, de Desigualdad (Inequality). No en todos los idiomas se produce esta distinción.

En la conceptualización de la equidad han trabajado múltiples pensadores y científicos desde Aristóteles a Amartya Sen, cuya influencia práctica vendrá establecida por el grado en que hayan conformado las percepciones sociales sobre la desigualdad, pues serán las percepciones sociales las que en cierta forma configuren, a través de las elecciones y por otros canales, las políticas de un país: la financiación pública – progresiva, proporcional, regresiva o inexistente- de los servicios públicos y el grado en que tales servicios públicos se asignan en función de alguna medida de necesidad.

La equidad, en tanto que juicio social acerca de diferencias, varía en el espacio (difiere claramente entre, por ejemplo, los países nórdicos y Estados Unidos), evoluciona en el tiempo dentro de un mismo país y admite incluso variaciones según cuáles sean las diferencias que se juzgen: La compasión parece surgir con mayor facilidad cuando nos identificamos con el prójimo y puede disminuir en sociedades muy heterogéneas habiendo llegado incluso al extremo de prácticamente desaparecer cuando afectaban a seres a quienes, por ejemplo, se consideraba no tenían alma (hasta ocho millones de mitayos pudieron morir en la explotación de las minas del Cerro Rico de Potosí).

Destacaremos un par de conexiones entre prevención cuaternaria y equidad: Una en relación a la correcta interpretación de las desigualdades. Otra centrada en el rol de la AP para desarrollar la prevención cuaternaria mejorando la equidad social.

Significado clínico de las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios. La bibliografía internacional, en estudios sobre agregados, establece ausencia de desigualdades, o la presencia de desigualdades pro-pobres en la utilización de servicios de urgencia y de atención primaria, así como desigualdades pro-ricos en consultas con el especialista (1). Buena parte de esa literatura sobre desigualdades asume acríticamente que “más utilización siempre es mejor para la salud”. Los ‘ricos’ no establecen el patrón-oro de comparación. *A priori* serían los propios médicos y sus familiares los mejores candidatos a término de comparación...y éstos tienden a utilizar menos o los mismos servicios que el resto de la población, especialmente en lo que se refiere a intervenciones quirúrgicas. En España las variaciones en la práctica médica en función del nivel socioeconómico son menos importantes que las geográficas entre áreas pequeñas. Para informar las políticas sanitarias hay que ir más allá de la identificación de desigualdades en la utilización de servicios: resulta imprescindible valorar la efectividad, incertidumbre, adecuación y calidad del servicio en cuestión (2).

Atención Primaria en la intersección práctica de prevención cuaternaria y mejora de la equidad. El crecimiento por sí solo no altera ni la salud ni la equidad. Hay que mejorar las condiciones de vida (especialmente de los más pobres) y luchar contra la distribución desigual del poder y de los recursos tal como recomienda la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (3). Asunto clave para las políticas públicas.

Toda atención sanitaria debe estar centrada en el paciente aunque sólo en raras ocasiones, como con las autovacunas oncofágicas, el tratamiento sea estrictamente individual. Mucho más habitual es la medicina estratificada sobre un individuo que comparte un marcador con otros. Desde la *Genomancia* se hablará de biomarcadores. Pero desde una medicina centrada en el paciente mejor seguir a William Osler (más importante conocer qué tipo de paciente tiene una enfermedad que diagnosticar qué tipo de enfermedad tiene un paciente) y alterar un poco el arranque de Anna Karenina (todas las familias *infelices* se parecen) y hablar de ‘marcadores’ socioeconómicos: la posición social de cada individuo (clase, educación, ocupación, sexo, etnia, renta...) que

condiciona su exposición a los factores de riesgo materiales, psicosociales y de comportamiento así como su vulnerabilidad a los mismos. Se precisa pues de una medicina estratificada según los marcadores más relevantes (los socioeconómicos) y con mayor valor predictivo que pueda atender la creciente multimorbilidad a lo largo del tiempo: la medicina que una AP resolutive puede proporcionar, inferior en ocasiones -cuando la comparación se realiza enfermedad por enfermedad- pero superior para el conjunto de manifestaciones mórbidas en un individuo (4).

Curiosamente cuando más necesita la sociedad la atención primaria, mayor es la crisis de la medicina de familia y comunitaria. Pero éste es otro tema.

Referencias bibliográficas

1. Urbanos R y Meneu R. La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. En M Rodríguez y R Urbanos (dir): Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Masson-Elsevier, 2008. p 145-165.
2. Meneu R y Peiró S. Disparidades en la efectividad y utilización de los servicios sanitarios e implicaciones de equidad. En M Rodríguez y R Urbanos, op cit, p. 167-187.
3. Comisión sobre los determinantes sociales de la enfermedad. Closing the gap in a generation: health equity thru action. Ginebra: OMS, 2008.
4. Gérvas J, Pérez M. Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde. En prensa.

Tres preguntas para el debate

1/ ¿Cómo respaldar -todavía más- las afirmaciones de Juan Gérvas y Barbara Starfield (cuarta referencia de Juan, *The hidden inequity*) sobre la superioridad de la atención primaria para manejar el conjunto de manifestaciones mórbidas de una persona? (concediendo a las otras especialidades un mejor manejo de cada enfermedad en concreto).

2/ ¿Puede la educación, y una mejor posición socioeconómica en general, compensar los inconvenientes en términos de servicios innecesarios y/o inapropiados y de una mayor medicalización que cabría esperar en las clases sociales altas (en ausencia de prevención cuaternaria)?

3/ ¿Cabe pensar en una ley de cuidados inversos en prevención cuaternaria? (ignorantes y vulnerables más medicalizados y peor tratados).