

Oportunidades clínicas para compensar el impacto de las diferencias sociales en salud

Juan Gervas. Médico de Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA (Madrid) [jgervasc@meditex.es]

Los médicos clínicos podemos participar en el cambio social y político que mejore la salud de las clases bajas de muchas formas, pero al menos dos nos corresponden sin duda:

- 1) como ciudadanos, seleccionando y favoreciendo las alternativas políticas que trabajan activamente con este fin, y**
- 2) como científicos, generando conocimiento científico que haga evidente el impacto de la clase social en la salud, para facilitar la adopción de medidas correctoras de la desigualdad.**

La opción política y social depende de la formación y de la sensibilidad de los médicos como individuos políticos.

La opción científica no es neutral (la Ciencia tampoco lo es) y exige superar una enseñanza de pre y postgrado centrada exclusivamente en lo biológico. Por ejemplo, muchos jóvenes médicos de familia pueden tener un cierto conocimiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE, de la OMS (desarrollada por especialistas), pero suelen saber menos acerca de la Clasificación Internacional en Atención Primaria, CIAP, de la WONCA (desarrollada por médicos generales/ de familia) (1) que permite el cómodo registro de los problemas sociales. Mucho menos suelen saber acerca de la simple «propuesta de medida de clase social», de la SEE y la SEMFYC, que pide se registren y se utilicen en investigación y clínica dos parámetros: la ocupación (situación laboral) y el nivel máximo de estudios, para poder determinar la clase social de los pacientes (2).

Es una exigencia ética y un deber científico generar información sobre el vivir y sufrir de nuestros pacientes no sólo según edad o sexo, sino también según clase social.



La «ley de cuidados inversos»

Los médicos de cabecera, y todo el personal de Atención Primaria, deberíamos ser conscientes de la existencia ubicua de la «ley de cuidados inversos», que dice que «el acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población, y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más fuertes» (3, 4). Esta ley fue enunciada en un clásico artículo en *The Lancet*, en 1971, por Julian Tudor Hart, médico general rural inglés, y se cumple siempre (siempre que se ha estudiado). Sin embargo, los médicos generales y de familia suelen ignorar la ubicuidad de dicha ley, y hasta su mero enunciado.

En teoría, prestamos más servicios a quienes más los necesitan, pero en la práctica las cosas suceden en sentido inverso (los pobres, los vagabundos, las putas, los drogadictos y en general todos los marginados reciben menos cuidados, no cabe duda). ¿Cómo podrán los profesionales mostrar interés por generar conocimiento sobre la existencia y reversión de la «ley de cuidados inversos» si, sencillamente, la ignoran?

Además, la moda de la «Medicina Basada en Pruebas» (en la «Evidencia», mal traducen del inglés) poco tiene que ver con la importancia del impacto de las clases sociales sobre la salud de las poblaciones. ¿Registan los investigadores de los ensayos clínicos datos acerca de la clase social de los pa-

cientes que se incluyen en los mismos? No, por irrelevantes para el modelo biológico que sustenta dichos ensayos. Modelo científico-biológico del siglo XVII, que se perpetúa porque cuadra con la imagen dicotómica de los especialistas (enfermedad sí, enfermedad no), y con sus actividades diagnósticas y terapéuticas. Lo lógico sería utilizar un modelo de incertidumbre acorde con la ciencia del siglo XX y con la Teoría de la Relatividad. En este modelo es fundamental la visión del médico general y sus viejos instrumentos (el conocimiento del paciente y de su entorno, la entrevista clínica y la exploración física) que le permiten valorar los componentes biológicos y los emocionales, psicológicos y sociales (5).

Cuando se promueve una Atención Primaria fuerte se está luchando contra la ley de cuidados inversos, pues se ha demostrado el impacto positivo de la Atención Primaria sobre la salud de las poblaciones (6). Los médicos generales que trabajan con una población definida (como en España con «el cupo») tienen la oportunidad de revertir la ley de cuidados inversos (4). Requiere 1) la cobertura poblacional universal y 2) la disponibilidad por parte del médico general de una lista de pacientes con nombre, fecha de nacimiento y dirección y teléfono. Con esta doble premisa, con una práctica clínica de calidad científica y humana, y con incentivos adecuados, el médico general puede utilizar tanto información positiva (¿quién tuvo el año pasado neumonía, y cómo se distribuyeron por clase social los que acabaron ingresando?), como información negativa (¿quiénes no me han consultado por nada en el último año entre los mayores de 75 años?). Este papel exige salir de la consulta, no cabe duda. ¿Quién teme a la población? ¿Quién no nada como pez en el agua en la comunidad?. Por desgracia, muchos médicos generales.

El uso de urgencias como válvula de escape

Además, los recursos de la Atención Primaria deberían adecuarse a la distribución geográfica de las bolsas de marginalidad (4). La ley de cuidados inversos se cumple con mayor rigor en las zonas más deprimidas y con peor accesibilidad, y esas zonas deberían contar con medios y organización adecuada. Si no, los marginados acaban en urgencias.

El uso vicariante de urgencias es un problema mundial, que refleja la mala organización y los problemas de accesibilidad de la Atención Primaria. Por ejemplo, en un estudio inglés para mejorar la atención a los pacientes que utilizan múltiples servicios sociales, se creó una base de datos¹ común a veinte agencias (desde el hospital al albergue para vagabundos, pasando por servicios de salud mental y la justicia). En dos años, de 750.000 habitantes se incluyeron a 97.162 (12%) en dicha base de datos, por haber tomado

contacto con una agencia, al menos. Entre los incluidos hubo un uso de los servicios de urgencias hospitalarias doble del general (16,2 % en la población de la base de datos contra 8,2% en la general). El uso de las urgencias fue indicador de desajuste social, y así, por ejemplo, los que consultaron en urgencias cuatro o más veces utilizaron otras agencias seis o más veces (7). No cabe duda, pues: cuando se cumple la ley de cuidados inversos, las urgencias hospitalarias son casi el único contacto de los marginados con el sistema sanitario. Valdría la pena, pues, una colaboración activa entre urgencias y médicos generales.



Es una exigencia ética y un deber científico generar información sobre el vivir y sufrir de nuestros pacientes no sólo según edad o sexo, sino también según clase social

Con las manos en la masa, y el corazón en la desigualdad social

Cuando ya no se puede participar en el cambio político y social, cuando se está con las manos enfangadas en la consulta a rebosar, o sin dar abasto a la visita a domicilio, ¿qué se puede hacer para compensar el impacto de las diferencias sociales en la salud? Mucho, y a diario, constantemente. Sólo necesitamos:

- 1) una cierta sensibilidad, una empatía con el paciente que sufre y además se explica mal y nos entiende peor (el típico paciente de clase baja),
- 2) el seguimiento del conocimiento científico que producen otros acerca de salud y clases sociales,
- 3) el trabajo con la población, para que el trabajo clínico no copie el mal modelo científico-biológico que sólo se interesa por las causas biológicas del enfermar,

- 4) la aplicación de conocimientos, actitudes y habilidades según necesidad, por más que nos sintamos identificados inconscientemente con los pacientes de nuestra clase social.

Por ejemplo, una vez que se ha demostrado que la mortalidad por infecciones, en España, es casi tres veces más frecuente entre la población con un menor nivel de educación (8), lo lógico es que los clínicos tengamos un sesgo «positivo» hacia el tratamiento correcto de dichas enfermedades en los pacientes de clase baja; es decir, en un caso práctico, que consideremos un riesgo añadido en la evolución de la neumonía la pertenencia a dicha clase.

En otro ejemplo, puesto que son más frecuentes las hospitalizaciones en general y las innecesarias y evitables a través de la intervención médica, en menores de un año, en Madrid, en pacientes de clase social baja (9), sería prudente que mejorásemos el acceso y el seguimiento de, por ejemplo, los lactantes con cuadros de deshidratación moderada en familias que pertenecen a esa clase.

Otro ejemplo, sin datos españoles: el cumplimiento de «la ley de cuidados inversos» incluso en la duración del tiempo de la consulta. Los médicos dedicamos más tiempo a los pacientes más cultos, de clase social alta, en nuestras consultas. Al ser conscientes de ello se puede intentar, al menos al empezar la consulta de cada día, cuando menos «robot» somos, dedicar más tiempo justamente a los que más lo necesitan.

En otro ejemplo, las mujeres están discriminadas respecto a la vacunación antitetánica, no cabe duda, y así se explica que en España el 60% de los casos declarados se den en mujeres, y el 67% en mayores de 60 años (10). Vacunamos de más a los que se dejan vacunar. En un trabajo internacional se demostró también esta negligencia contra las mujeres en España, de desigualdad socioeconómica (11).

La integración de los pacientes tiene un gran impacto en su salud, como demuestran muchos estudios, entre ellos el de los trabajadores de la compañía estatal francesa de gas y electricidad (12). Los menos integrados tenían una probabilidad de morir hasta cuatro veces ma-

¹ En la base de datos se incluía una clave que permitía encadenar los sucesivos eventos de atención sin romper el anonimato del paciente. Un buen ejemplo de respeto por la confidencialidad, bien lejos de la frivolidad que vemos en España con aplicaciones como la de Osabide, en Osakidetxa (Servicio Vasco de Salud).



Cuando se promueve una Atención Primaria fuerte, se está luchando contra la «ley de cuidados inversos», pues se ha demostrado el impacto positivo de la Atención Primaria sobre la salud de las poblaciones

yor que los integrados. Se entiende por integración el estar emparejado, tener contactos con familiares y amigos, y pertenecer a alguna asociación. Todo esto se puede lograr, por ejemplo, colaborando para mejorar la integración de los inmigrantes, un grupo que parte de mejor salud que la población general, pero que puede terminar peor, sobre todo cuando se margina.

No hay mal que por bien no venga

A veces los pacientes de clase baja pueden salir beneficiados por la «ley de cuidados inversos», si los servicios que se ofrecen a la clase alta son innecesarios o perjudiciales.

Por ejemplo, se ha demostrado en España (13), y en general en los países desarrollados (14), que los pacientes de clase alta acceden más a los especialistas, en particular las mujeres a los ginecólogos. Si los servicios que ofrecen dichos especialistas son innecesarios y peligrosos, puro «encarnizamiento diagnóstico y terapéutico» con las mujeres (15), sería una suerte que nuestra mala práctica, la de limitar recursos y especialistas a los pacientes de clase baja, evitara dicho encarnizamiento y redundara en beneficio de su salud. Este es el caso de las mujeres que logran parir sin cesárea innecesaria, pues se enfrentan a próximos embarazos con menos riesgos para ellas y para sus hijos. Y el de las que lograron tener una menopausia y climaterio sin parches con hormonas, que se han librado de las «epidemias» que han provocado dicho tratamiento hormonal, de cánceres de mama, ictus, infartos de miocardio y embolias pulmonares.

Otro ejemplo es el uso innecesario de antibióticos en infecciones respiratorias (IRA, otitis aguda, bronquitis aguda, sinusitis aguda, laringitis y traqueitis), especialmente de amplio espectro, como azitromicina, claritromicina, amoxicilina con ácido clavulánico y cefalosporinas de segunda y tercera generación, más

frecuente en pacientes de clase alta, al menos en EEUU (17).

Los pacientes de clase alta parecen ser insaciables, y ni consumiendo más están contentos. En general logran un acceso más rápido y directo a los servicios públicos que desean (generalmente, los de alta tecnología), pero aun así se muestran insatisfechos. Tal es el caso en un trabajo canadiense, de atención a pacientes de clase alta con un infarto de miocardio agudo, en cuyo seguimiento se empleó más la angiografía, la rehabilitación cardíaca y la atención por cardiólogos. Además de no obtener mejor resultado que los pobres, los ricos estuvieron más insatisfechos con la atención prestada y con los especialistas, y se mostraron partidarios de pagos directos para aumentar más la accesibilidad (17).

Conclusión

Las diferencias sociales en salud no son el resultado de la situación en un momento dado, pues ese momento es reflejo de las vicisitudes que comenzaron con la concepción. Por ejemplo, la probabilidad de utilizar los «parches» en el climaterio se asocia inversamente al número de eventos socioeconómicos adversos a lo largo de la vida (y eso explica el bajo

Salud 2000

Boletín de Suscripción

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP..... TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

Se suscribe a la revista **Salud 2000** por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La suscripción anual (5 números) por un importe de 28 euros.

Marque con un X la forma de pago: CON TALÓN BANCARIO DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO/CAJA..... OFICINA.....

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD..... CP.....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **Salud 2000**

Fecha: Firma:.....

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06.



Cuando se cumple la «ley de cuidados inversos», las urgencias hospitalarias son casi el único contacto de los marginados con el sistema sanitario

uso por las mujeres que finalmente forman parte de la clase baja) (18). De ahí la necesidad de conocer la vida de nuestros pacientes, y el valor de ofrecer continuidad y longitudinalidad en Medicina General (conocer al paciente, su familia y su entorno). Se trata, pues, de saber para intentar paliar lo que es una larga historia, no sólo una situación actual. Por otra parte, conviene atemperar la visión biológica tanto de las actividades curativas como de las preventivas. Está bien que aconsejemos adecuadamente contra el tabaco a los fumadores (mayoritariamente, población de clase baja, la que más sufre morbilidad coronaria), pero no se nos puede olvidar que el analfabetismo «anatómico y funcional» produce tanta morbilidad y mortalidad como el tabaquismo (19). ¿Hay campañas poblacionales o profesionales al respecto? ¿Somos siquiera conscientes de este hecho tremendo? Hay oportunidades para compensar el impacto de las clases sociales en salud, en Atención Primaria, si el médico general tiene sensibilidad y utiliza los conocimientos que producen otros, o que producimos nosotros mismos. Se requiere una actitud muy propia de la Medicina General, de defensa de los pacientes contra el uso inapropiado de los recursos sanitarios, por exceso (clase alta) y por defecto (clase baja). ■

Bibliografía

1. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Barcelona: Masson; 1999.
2. Grupo de trabajo del SEE y de la SEMFYC. Una propuesta de medida de clase social. Aten Primaria 2000;25:350-363.
3. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;i:405-412.
4. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/ de familia. Aten Primaria 1995;16:501-506.
5. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view?. En White K (ed), The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park; The HJ Kaiser Foundation: 1988, págs. 113-136.
6. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 1970-1998. HSR 2003;38:831-865.
7. Keene J, Swift L, Bailey S, Janacek G. Shared patients: multiple health and social care contact. Health Social Care Community 2001;9:205-214.
8. Regidor E, Mateo S, Calle ME, Domínguez V. Educational level and mortality from infectious diseases. J Epidemiol Community Health 2002;56:682-683.
9. Sarría A, Franco A, Redondo S, García L, Rodríguez A. Hospitalizaciones en menores de un año en la ciudad de Madrid y su relación con el nivel social y la mortalidad infantil. An Esp Pediatr 2002;57:220-226.
10. Palomo L. ¿Cuándo y dónde tomar las decisiones adecuadas sobre la vacunación antitetánica? SEMERGEN 2004;30:362.
11. Huisman M, Kunts AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. Soc Sci Med 2003;57:861-873.
12. Berkman LF, Melchior M, Chastang JF, Niedhammer Im Leclerc A, Goldberg M. Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France, Gas of France. Am J Epidemiol 2004;159:167-174.
13. Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. Rev Esp Salud Pública 2001;75:115-128.
14. Doorslaer E, Colman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?. En: Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD; 2002, pág. 222-248.
15. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. SEMERGEN 1999;25:139-248.
16. Steinman MA, Landfedel CS, Gonsales R. Predictors of broad spectrum antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in adult primary care. JAMA 2003;289:719-725.
17. Alter DA, Iron K, Austin PC, Naylor CD. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. JAMA 2004;291:1100-1107.
18. Lawlor DA, Smith GD, Ebrahim S. The hormone replacement-coronary heart disease conundrum: is this the death of observational epidemiology?. Internat J Epidemiol 2004;33:464-467.
19. Wilson JF. The crucial link between literacy and health. Ann Intern Med 2003;139:875-878.

ADSP

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP TELÉFONO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 38 euros semestrales para los socios con trabajo y 44 euros anuales para los que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago semestral de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha Firma

**Asociación
para la Defensa
de la Sanidad
Pública**

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (Ver direcciones de cada Asociación en la página 32)