



SATÉLITE

Equidad en actividades preventivas

Rosa María García Padilla. Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria.
Pedro García Martínez. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Citar como: García Padilla RM, García Martínez P. Equidad en actividades preventivas. fml. 2019; 24(3):4p

Palabras clave (MeSH): Primary prevention, Health equity, Health promotion.

Resumen

Las actividades preventivas en la edad escolar están diseñadas para adquirir conductas y estilos de vida saludables. Desafortunadamente, en estas intervenciones en el ámbito escolar no se tienen en cuenta las desigualdades sociales que pueden existir entre unos colegios u otros. Para intentar reducir estas desigualdades entre unos niños y niñas y otros, sería necesario conocer la situación de vulnerabilidad de los colegios, y una vez identificados que colegios serían subsidiarios de estas actividades, gestionar los recursos existentes para intentar disminuir dichas desigualdades, evitando así aumentar la brecha existente entre niñas y niños más y menos favorecidos.

Caso-situación 8

“Guadalupe, enfermera de atención primaria, discute sobre equidad y prevención con una estudiante de enfermería, en Ciudad de México (México). “Siempre es mejor prevenir que curar y se debe prevenir todo lo prevenible, a cualquier precio”, dice. “Por ejemplo, nadie cuestiona el uso de cinturones de seguridad, airbag y todo tipo de medidas de seguridad en un coche, pese a la gran inversión que ello supone, y cuando también pueden producir, en ocasiones, más daños que beneficios si se activan en situaciones inadecuadas”. “¿Qué problemas de equidad puede tener la prevención si mejora a todo el mundo?” pregunta la adjunta”.

Comentario

El principio de equidad se basa en que todos los individuos, grupos o comunidades han de recibir un tratamiento diferenciado, en base a sus características, con el fin de reducir las diferencias observadas en relación a otros individuos, grupos o comunidades. Este principio se contrapone al de justicia, en el que todos los individuos reciben el mismo trato, independientemente de su situación. Los principios de equidad y justicia, que en muchas ocasiones se utilizan de manera indistinta, pueden ser clave en el planteamiento de las intervenciones preventivas¹.

La inequidad en salud, entendida como toda situación de desigualdad evitable, innecesaria y no justificable relacionada con el acceso a los recursos sanitarios, está relacionada con la presencia y distribución de enfermedades en el territorio, y la OMS destaca la pobreza y las desigualdades sociales como principales causas de estas inequidades.

El principio de justicia, que exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, se contrapone con la equidad, que supone un tratamiento desigual siempre que pueda beneficiar a los individuos más desfavorecidos. Por tanto, nos encontramos ante un dilema ético: ¿los programas de prevención han de ser justos o equitativos?

Las actividades de prevención y promoción de la salud en la infancia están encaminadas en la adopción de hábitos y conductas saludables o la identificación temprana de procesos patológicos. Algunos de estos programas de salud infantil se desarrollan en la escuela y se ofrecen a todos los colegios, pero ¿se realizan de una manera equitativa?

La definición de centros vulnerables, según características socioeconómicas, permitirá identificar centros con mayor riesgo de problemas de salud y adecuar los esfuerzos para fomentar su participación en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los problemas de salud bucodental y la caries son mayores en niveles socioeconómicos más bajos². Los factores de riesgo asociados a este problema de salud son la ingesta de azúcares refinados y una deficiente higiene bucodental³. Las intervenciones para reducir la patología dental se han centrado en la fluoración de aguas, la prevención y tratamiento temprano de la caries y la educación para la salud en la escuela.

Para que estas intervenciones sean equitativas habría que realizar intervenciones en las escuelas más vulnerables y con más factores de riesgo para la caries. Junto a la vulnerabilidad socioeconómica existen otros factores de riesgo para la inequidad y desigualdad en la implementación de los programas y que se relacionan con la propia comunidad escolar⁴.

En la actualidad, la comunidad escolar decide la implementación de los programas de salud escolar, no siempre asociados a criterios de vulnerabilidad, necesidades o recursos, pudiendo encontrar centros vulnerables que no implementan el programa de salud bucodental y centros de baja vulnerabilidad que sí lo implementan.

Para poder tomar decisiones equitativas y responsables, las comunidades educativas tendrían que conocer el nivel de vulnerabilidad de su población. La colaboración entre centros educativos, centros de atención primaria y centros de Salud Pública favorecería la toma de decisiones informadas, conjunta y consensuada, y podría aumentar el impacto

del programa de salud bucodental dentro de la población escolar.

Entre los posibles motivos para la implementación de los programas escolares de salud bucodental podríamos encontrar: la oferta de la salud como modo de prestigiar al centro educativo; la estabilidad del claustro, que podría favorecer la introducción y mantenimiento de los programas de salud escolar; y la diversidad de problemática social en el centro, que puede priorizar problemas no asociados a la salud por parte de la comunidad. Por tanto, la no priorización de la salud, los centros con gran recambio en el claustro docente y los centros con alta problemática social y económica pueden provocar a una menor implementación de programas de salud.

La atención bucodental en la población infantil se desarrolla mediante programas diseñados en cada Comunidad Autónoma, provocando situaciones de inequidad y desigualdad entre comunidades. En España podemos encontrar tres tipos de modelos de asistencia:

1. Modelo Público: se presta asistencia bucodental mediante la red sanitaria pública en Atención Primaria mediante programas de salud y revisiones bucodentales en los centros escolares. Las comunidades con este modelo son: Asturias, Cantabria, Cataluña, Ciudades de Ceuta y Melilla, Galicia, Madrid, La Rioja y Comunidad Valenciana

2. Modelo PADI: los cuidados se conciertan con el sector privado, mediante libre elección de recursos públicos o privados con idénticas prestaciones. Por otra parte, el Departamento de Sanidad direcciona, incentiva y financia la actividad sanitaria a través de contratos-programa. La inclusión en dichos contratos-programa del seguimiento del PADI en la actividad programada de pediatría y enfermería pediátrica impulsaría sinergias entre ambos dispositivos asistenciales. Las comunidades que aplican este sistema son: Andalucía, Aragón, Illes Balears, Canarias, Extremadura, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco.

3. Modelo Mixto. Es un modelo público que deriva pacientes al sector privado. Tienen su propia legislación y cartera de servicios. Los tratamientos básicos se prestan a través de la

red pública por dentistas asalariados y son derivados a la red privada los llamados tratamientos especiales. Para ello disponen de una red de clínicas privadas que han concertado sus servicios con la Consejería de Salud de su CC.AA. Castilla La Mancha y Castilla y León son las Comunidades que tienen este modelo⁵.

A modo de ejemplo, la Comunitat Valenciana presenta un modelo público, con un programa de salud bucodental que coordina la actividad de Salud Pública, centros de atención primaria y unidades de odontopediatría y centros educativos. Es un programa público, universal, gratuito y justo para todos los niños y niñas hasta los 14 años (referencia), en el que se ofertan tres tipos de actividades para que los centros educativos decidan cuáles implementan. Estas actividades son:

1. Educación en hábitos saludables relacionados con la alimentación y la higiene bucodental.
2. Fomento del uso correcto de los fluoruros en los escolares.
3. Revisión de la salud bucodental de los escolares⁶.

Según datos de la memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública del 2017 (referencia), en el curso escolar 2016/2017, un 55% de los centros escolares de la Comunitat Valenciana imparten el programa bucodental, es decir casi la mitad de los colegios no se benefician de este programa⁷.

Conclusiones

- La comunicación entre los centros sanitarios y las comunidades escolares y la identificación de poblaciones de alta vulnerabilidad facilitarían la toma de decisiones y la elección de aquellos programas de salud que puedan ser beneficiosos para mejorar los hábitos saludables de la comunidad, como el cepillado, la higiene bucodental y los enjuagues con flúor, así como la identificación temprana de los problemas sanitarios.

- La comunidad escolar es un entorno de gran diversidad intra e intercomunitaria que requiere un tratamiento individualizado por parte de los recursos sociosanitarios. La participación intersectorial facilitará la priorización de los problemas y la búsqueda de soluciones eficientes en cada entorno.

<http://www.ceice.gva.es/es/web/centros-docentes/educacion-primaria>

- Podríamos concluir que la oferta de programas de salud escolar, como el programa de salud bucodental, debería de ofertarse de una manera equitativa, para disminuir desigualdades en la sociedad.

Bibliografía

1. Quintero EJ, Fe de la Mella S, Gómez L. La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicent Electron*. 2017; 21 (2).
2. Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM). Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral 2013. Madrid: FCOEM. [acceso 26 de junio de 2019]. Disponible en: <https://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>
3. Font L, García X, Davó MC, Ariza C, Diez E, García MM, et al. El estado de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gas Sanit*. 2014; 28(4): 316-325.
4. Sociedad Española de Odontopediatria [internet]. Barcelona: Sociedad Española de Odontopediatria [acceso 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/>
5. Cortés FJ, Cerviño S, Blanco JM, Simón F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. *RCOE* 2014; 19 (1): 12-42.
6. Conselleria de Sanitat. Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunitat Valenciana 2013. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2013. [acceso 26 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.ceice.gva.es/documents/162783553/162784602/manual_PSB_2013.pdf/408fea55-ab6a-4ef9-9b50-553b33d5e99f
7. Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport. Valencia: Generalitat Valenciana: Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport. [acceso 26 de junio de 2019]. Disponible en: