

Análisis cualitativo de las inequidades en salud en los equipos de atención primaria



Autora responsable: Blasco Aledo, Sandra.

Tutoras: Hernández-Aguado, I; Miralles-Pascual, MM.

Universidad Miguel Hernández

-Resumen en español e inglés: pág. 4-7.

-Introducción: pág. 8-9.

-Material y métodos: pág. 9-10.

-Resultados: pág. 10-17.

-Discusión: pág. 17-19.

-Conclusión: pág. 19.

-Bibliografía: pág. 19-20.

-Anexo 1: pág. 21-36

-Anexo 2: pág. 37-38.

-Anexo 3: pág. 39-45.

-Dedicatoria: pág. 47.



Título: Análisis cualitativo de las inequidades en salud en los equipos de atención primaria.

Autora: Blasco, S.

Tutoras: Hernández-Aguado, I; Miralles-Pascual, MM.

Introducción: Las desigualdades sociales en salud se definen como aquellas diferencias en el nivel de salud cuya naturaleza es injusta y por tanto evitable. Aunque gran parte de los determinantes sociales dependen de políticas ajenas a los sistemas de salud, se admite que el papel de estos es clave para atenuar sus efectos perjudiciales y para proponer abordajes potenciales. Este estudio tiene por objeto conocer las percepciones sobre las inequidades en salud por parte de los trabajadores en Atención Primaria, así como las sugerencias de posibles intervenciones para su abordaje en nuestro contexto.

Material y métodos: Se diseñó un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas divididas en 3 bloques: recursos materiales, económicos y problemas sociales; diferencias socioculturales; y, estrategias para afrontar las inequidades. El contenido de las entrevistas se configuró a partir de la revisión de la literatura y se adaptó a los distintos perfiles profesionales (equipo médico, enfermería, trabajadores sociales y administrativos). También se recogieron datos básicos de los participantes como profesión, edad o sexo. Se seleccionó una muestra de conveniencia por contactos del propio equipo investigador. Se realizaron un total de 25 entrevistas y se escogieron 11 de manera aleatoria para su análisis. Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento para su transcripción y codificación. Cada entrevista fue examinada de manera independiente por dos investigadoras utilizando el software Atlas.ti versión 23. Se sustrajo la información más relevante y se consensuaron los códigos de análisis a partir de los temas detectados. Todos los datos extraídos fueron contrastados por el resto del equipo investigador. A partir de los códigos se elaboraron categorías temáticas ilustrativas de los contenidos.

Resultados: Los profesionales de atención primaria identifican un amplio número de condicionantes sociales que influyen en la interacción de los pacientes con los centros de salud. La diversidad de respuestas recopiladas indica que dichos profesionales están sensibilizados acerca de cómo los determinantes sociales inciden en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de la atención recibida. Reconocen la significativa influencia de estas disparidades en la equidad sanitaria y proponen una serie de medidas para abordar esta problemática. No

obstante, también expresan la percepción de que algunas soluciones se encuentran fuera de su esfera de influencia.

Conclusión: Los resultados de este estudio contribuyen a la base científica sobre las inequidades en la atención sanitaria y muestran la imperiosa necesidad de establecer programas estratégicos en atención primaria que integren la equidad como principio fundamental en la atención en salud. Sin embargo, también subrayan la importancia de realizar investigaciones que aborden el diseño de intervenciones destinadas a fomentar la equidad. Estas intervenciones deben contar con la participación activa tanto de los profesionales sanitarios como de la población, que tienen su propia perspectiva sobre esta cuestión, con el fin de garantizar su implementación efectiva en nuestro contexto.

Palabras clave: “inequidades en salud”, “atención primaria” y “determinantes sociales de la salud”.



Title: Qualitative Analysis of Health Inequities in Primary Care Teams.

Author: Blasco, S.

Tutors: Hernández-Aguado, I; Miralles-Pascual, MM.

Introduction: Introduction: Social inequalities in health are defined as unjust and therefore preventable differences in health outcomes. Although many of the social determinants depend on policies outside the Healthcare System, it is acknowledged that their role is key in mitigating their harmful effects and proposing potential approaches. This study aims to understand the perceptions of inequities among Primary Care workers, as well as suggestions for possible interventions to address them in our context.

Material and methods: A qualitative study was designed using semi-structured interviews divided into 3 blocks: material and economic resources, social problems; sociocultural differences; and strategies to address inequities. The content of the interviews was structured based on a literature review and adapted to different professional profiles (medical team, nursing, social workers, and administrative staff). Basic participant data such as profession, age, or gender were also collected. A convenience sample was selected through contacts of the research team, with a total of 25 interviewees, of which 11 were randomly selected for analysis. Interviews were recorded with prior consent for subsequent analysis. Each interview was independently analyzed by two researchers, using codes previously defined by consensus using Atlas.ti software version 23. The most relevant information, as well as discordant information with the general discourse, was extracted by 3 researchers independently, and once collected, it was contrasted with the team. Finally, codes were reorganized, and illustrative themes of the contents were elaborated.

Results: Primary care professionals identify a wide range of social determinants that influence patient interaction with health centers. The diversity of collected responses indicates that these professionals are aware of how social determinants affect access to health services and the quality of care received. They recognize the significant influence of these disparities on health equity and propose a series of measures to address this issue. However, they also express the perception that some solutions are beyond their sphere of influence.

Conclusion: The results of the present study contribute to the scientific understanding of health inequities and demonstrate the urgent need to establish strategic programs in primary care that integrate equity as a

fundamental principle in healthcare. However, they also emphasize the importance of conducting research addressing the design of interventions aimed at promoting equity. These interventions must actively involve both healthcare professionals and the population, who have their own perspective on this issue, to ensure their effective implementation in our context.

Keywords: "health inequities", "primary care", and "social determinants of health".



Introducción

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias sistemáticas en salud entre grupos diferentes por características socioeconómicas, cuya naturaleza es injusta y por tanto evitable. El informe sobre los determinantes sociales en salud (DSS) de la Organización Mundial de la Salud puso en evidencia el gran impacto de estas desigualdades en el conjunto de la población¹. Aunque gran parte de los DSS dependen de políticas ajenas a los sistemas de salud, se admite que el papel de estos es clave para atenuar sus efectos perjudiciales y para proponer abordajes potenciales a estos graves condicionantes de la salud.² La Atención Primaria (AP) es el eje donde las intervenciones orientadas a reducir las desigualdades deberían realizarse prioritariamente, ya que es la puerta de acceso al sistema sanitario. Además, existen indicadores claros que demuestran que la AP no solo puede abordar y reducir las desigualdades en salud, sino que también actúa como un factor de cohesión al empoderar tanto a los pacientes como a las comunidades. Tal y como se planteó en el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2012, para que el papel crucial de la AP se cumpla de manera efectiva, es necesario llevar a cabo intervenciones respaldadas por evidencia de alta calidad que contribuyan a abordar las desigualdades en salud. Estas han de contar con un enfoque multidisciplinar y sistemático, poniendo en el centro tanto al paciente como a la comunidad, prestando especial atención a las diferencias entre unos y otros, resultando clave la toma de decisiones compartida^{3,4}.

Hasta ahora la incorporación del principio de equidad al ámbito sanitario asistencial es poco frecuente. No se han descrito en la literatura científica demasiadas experiencias evaluadas, sino que ha sido más frecuente la publicación de recomendaciones genéricas sobre cómo actuar². Recientemente, mediante una revisión sistemática, se han identificado los principios que debe tener una AP guiada por el principio de equidad. Entre otras características, debe hacerse una práctica sanitaria inclusiva y centrada en la comunidad. Para ello, deben considerarse las perspectivas, los valores, los sesgos y otras percepciones del personal sanitario². En este sentido se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas a profesionales en Reino Unido que evaluaba la percepción de profesionales de AP sobre las inequidades en salud y la forma de abordarlas. Sin embargo, la implantación de acciones para reducir las inequidades en salud desde la AP requiere que se ajusten a cada contexto, en el que el papel de los profesionales es clave⁶. Es preciso por tanto conocer en nuestro medio las percepciones de los equipos de AP sobre las inequidades en salud y su papel para reducirlas. Con ese objeto

realizamos un estudio piloto¹ que permitiese evaluar la factibilidad del uso de entrevistas semiestructuradas en los equipos de AP de nuestro entorno. La presente investigación tiene por objeto conocer las percepciones de los equipos de AP sobre las desigualdades sociales de salud y sobre su abordaje en nuestro contexto.

Material y métodos

La presente investigación consiste en un estudio cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestructuradas (*Anexo I*) a profesionales de AP. El equipo de investigación, a partir de la lectura de la literatura disponible,^{2,5} realizó una propuesta de guion de entrevista que contenía 3 bloques: recursos materiales, económicos y problemas sociales; diferencias socioculturales; y, estrategias para afrontar las inequidades. Se dio prioridad a la inclusión de determinadas preguntas en el cuestionario con el objetivo de facilitar el discurso de las personas entrevistadas, en contraposición a aquellas preguntas que abordaban de manera exhaustiva el conocimiento de las personas entrevistadas sobre los DSS. Este guion fue adaptado a cada perfil profesional de AP: equipo médico y personal de enfermería, trabajo social y personal administrativo. A través de un estudio piloto se exploraron los problemas derivados de la realización de las entrevistas, con el objetivo de adaptar los guiones para su adecuación y mejora. En concreto, se unificaron bloques para acortar el tiempo de entrevista y evitar solapamientos. Se comprobó la necesidad de ampliar los horarios potenciales para la realización de las entrevistas y la oportunidad de la opción telemática. Se reformularon varias cuestiones adaptándolas al tipo de profesional, mejorando las preguntas que habían presentado mayor dificultad, tales como la inequidad de género.

La selección de la muestra para este estudio piloto se realizó por conveniencia mediante contactos en los equipos de AP en la Comunidad Valenciana del propio equipo investigador. Se realizaron un total de 25 entrevistas y se escogieron 11 de manera aleatoria para su análisis. En conjunto, se examinaron 8 entrevistas de mujeres y 3 de hombres. Por perfil profesional: 3 entrevistas de personal de administración; 1 de trabajo social; 3 de enfermería; y 4 de medicina.

¹ Blasco Aledo S, Miralles Pascual M-M, Chilet-Rosell E. Análisis cualitativo de las inequidades en salud en los equipos de atención primaria. 2023 Oct. Fue presentado en el congreso nacional de estudiantes de medicina del 2023.

Las entrevistas fueron realizadas por 2 investigadoras que recibieron una capacitación previa a través de la realización de simulacros mediante “role playing” y su evaluación por distintos miembros del equipo investigador.

A los y las participantes se le envió toda la información relativa al proyecto y se obtuvo su consentimiento informado para la grabación de audio de las entrevistas. Asimismo, al inicio de cada sesión, se requería su consentimiento verbal y se recopilaban datos básicos, como el año de nacimiento o categoría profesional (*Anexo 2*). Las entrevistas fueron realizadas tanto de manera presencial (10) como telemática (1), a través del programa *Google Meet*.

En 4 de las 11 entrevistas, 2 de las investigadoras estaban presentes, realizando aportaciones y sugerencias para facilitar el discurso, el resto de manera individual. De cada entrevista se realizó un resumen escrito de los aspectos más relevantes en cuanto al contenido del discurso, así como de las dificultades percibidas.

Para el análisis cualitativo se siguió la estructura de análisis temático propuesta por Braun y Clarke, en combinación con el método del marco para facilitar el trabajo de análisis conjunto⁶. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas mediante el software Atlas.ti versión 23. A través de un proceso de consenso entre los miembros del equipo de investigación se desarrollaron códigos temáticos para agrupar el contenido en categorías. Cada entrevista fue codificada de manera independiente por dos investigadoras.

Seguidamente, se sustrajo la información más relevante de los códigos y se configuraron categorías para la clasificación del contenido. Así mismo, se seleccionaron las citas que ejemplificaban lo relatado y se extrajo la información discordante con el discurso general. El análisis fue realizado por 2 investigadoras de manera independiente. Posteriormente, el resto de miembros del equipo evaluaron el contenido con el fin de contrastar ideas y aportar sugerencias de mejora. Finalmente, se elaboraron temas ilustrativos de los contenidos.

Resultados

Las percepciones de los y las profesionales entrevistadas se agrupan en los siguientes tres apartados, cuyas citas literales se encuentran recogidas en tablas (*Anexo 3*).

-Accesibilidad al servicio sanitario (tabla 1).

Las condiciones laborales dificultan el acceso al servicio por la difícil compatibilidad del horario laboral con el de atención, haciendo que se sea más proclive a acudir en horarios extremos o a Urgencias. Además, se observa que el tipo de trabajo y el entorno socioeconómico (relación con código postal) pueden influir, así como a la tendencia de posponer la atención médica hasta bien avanzado la patología. Uno de los entrevistados contempla la posibilidad de que se use como excusa, ya que algunos pacientes acuden a Urgencias simplemente para una atención más rápida. (ver Tabla 1, cita 1.1)

El uso de las tecnologías afecta a la accesibilidad con diferencias por edad. El colectivo joven usa con más facilidad las aplicaciones para gestión de citas y de otros asuntos, mientras que los mayores, suelen no estar familiarizadas con su uso. Como consecuencia de esta "brecha digital", un médico señaló que los jóvenes ocupan espacio en citas telefónicas o en el centro de salud por asuntos que considera triviales. (ver Tabla 1, citas 1.2 y 1.3)

Sobre el acceso por la población inmigrante, se considera que hay pocas limitaciones por la sencillez de los trámites de la tarjeta sanitaria. A pesar de ello, se identifican barreras infranqueables para aquellos en situación irregular. (ver Tabla 1, citas 1.4 y 1.5)

La barrera idiomática puede ser limitante. Presentando la población inmigrante dificultades de comunicación para la explicación de los planes preventivo/terapéuticos. En ocasiones, en la comunidad musulmana, se describe la negativa de ser atendidos por pacientes de distinto sexo, imposibilitando realizar una exploración adecuada, e incluso, la negativa a la propia atención en cuadros agudos. (ver Tabla 1, citas 1.7 y 1.8)

Se mencionó al colectivo transexual-transgénero, pues se plantea el problema en aquellos que no han realizado el cambio de nombre en el registro civil y son tratados con el antiguo, con el impacto emocional que conlleva. (ver Tabla 1, cita 1.6)

Las personas con movilidad reducida pueden presentar alguna limitación. A su vez, las personas mayores que viven solas, entre otras, pueden presentarlas por falta de acompañamiento necesario por las condiciones de salud. (ver Tabla 1, citas 1.9)

-Condicionantes de la enfermedad y su control por parte de los y las pacientes (tabla 2).

Se consideran importantes los factores culturales en el manejo de la salud y la enfermedad. Se mencionan ejemplos como el impacto del Ramadán en la comunidad musulmana, la negativa a transfusiones entre los testigos de Jehová, y la práctica de la ablación femenina en el Norte de África. También se mencionan problemas en recomendaciones alimentarias, como la dieta china, cuya base es muy diferente. Se señala que algunos pacientes extranjeros pueden sentirse incomprendidos o juzgados. Cabe destacar la discrepancia de una profesional que no reconocía las dificultades al tratar con pacientes de otras culturas. (ver Tabla 2, cita 2.1)

El impacto negativo de las condiciones laborales se refleja en problemas como estrés, falta de ejercicio, alimentación poco saludable y dificultad de acceso más arriba considerada. (ver Tabla 2, cita 2.2)

Sobre el sesgo de género en la atención médica los profesionales afirman tratar a sus pacientes de manera equitativa, aunque reconocen la posibilidad de sesgo inconsciente y la falta de formación sobre las distintas manifestaciones de patologías entre sexos. Se menciona que los roles de género pueden afectar la salud de las mujeres, quienes a menudo descuidan su propia salud al asumir roles de cuidadoras en favor de sus familiares. También se señala la existencia de prejuicios sobre enfermedades "femeninas", junto a la tendencia a exagerar o trivializar ciertas patologías como la ansiedad. Además, se destaca la incomodidad de algunos profesionales para abordar temas sensibles como la violencia de género. (ver Tabla 2, cita 2.3, 2.4 y 2.5)

Se resalta la estrecha relación entre educación, nivel socio-cultural y socioeconómico. Aunque se reconoce que el educativo no siempre refleja la capacidad de comprensión, es importante conocerlo para una comunicación efectiva, a excepción del grupo de administrativas. Se observa que, a menor nivel cultural, hay una menor percepción de riesgos para la salud y prioridades en el manejo de enfermedades. Esto conlleva a una menor búsqueda de atención temprana y reducida adherencia terapéutica. Se reconoce que estos pacientes enfrentan dificultades para adoptar buenos hábitos y gestionar sus patologías, posiblemente exacerbadas por las condiciones laborales precarias (ver Tabla 2, cita 2.7)

Algunos profesionales consideran que no es necesario conocer el nivel educativo ya que de forma inherente al tratar con los pacientes se percibe su capacidad de comprensión. Además, una administrativa percibe que a menor nivel cultural hay un mayor abuso de los recursos. (ver Tabla 2, cita 2.8)

La conexión entre nivel socioeconómico y dieta salió a colación en pocas entrevistas, pero concuerdan en que están estrechamente relacionados. Los alimentos más baratos tienden a ser menos nutritivos, con una alta concentración de carbohidratos como arroz y pasta. (ver Tabla 2, cita 2.9 y 2.10)

Los recursos económicos pueden limitar el acceso a ciertos medicamentos, incluso estando financiados. También a otros tratamientos como aquellos de fisioterapia, odontología u oftalmología (óptico), ya que en muchas ocasiones son prestaciones no cubiertas por el Sistema Sanitario (SS). (ver Tabla 2, cita 2.11)

También cabe señalar la percepción de una profesional en que hay pacientes que abusan de las prestaciones del SS, solicitando ayudas no porque no tengan recursos, sino porque no dan prioridad a los temas de salud. (ver Tabla 2, cita 2.12)

-Propuestas de los y las profesionales para atenuar las barreras de acceso y los problemas asociados a los DSS (tabla 3).

Se señala una falta de formación en DSS durante su educación académica, con diferencias según perfil profesionales. En trabajo social, se recibe esta formación durante el grado, mientras que en medicina y enfermería obtienen durante la especialización. En administración no se ha recibido. Todos coinciden en la necesidad de aumentar la formación en DSS como primer paso para reducir las inequidades. (ver Tabla 3, cita 3.1)

Sobre facilitadores de acceso, se admite que en los meses de verano el horario es más limitado, así como el acceso a los servicios de Salud Mental. Algunos mencionan quejas de los pacientes en la demora de la atención de especialistas hospitalarios o en las citas en Salud Mental. (ver Tabla 3, cita 3.2)

Sobre el tiempo disponible por paciente, se considera limitado para abordar temas de problemática social, ligado al amplio cupo asignado, por lo que debería ampliarse. Una profesional cree que no es necesario más tiempo medio, sino que es una excusa para aquellos que quieren terminar antes su jornada, ya que se compensa con aquellas consultas más rápidas. (ver Tabla 3, cita 3.3)

Para la barrera idiomática se coincide que son útiles las aplicaciones móviles como *Google translate*, entre otras. Además, en ocasiones los pacientes vienen acompañados de algún familiar o personal traductor de alguna asociación como Cruz Roja. Además, en algunos centros se encarga de cierto cupo de pacientes el profesional que habla su idioma, así como en otros se dispone de traductores vía telefónica. En esta línea, se considera crucial el papel de trabajo social para disminuir las barreras burocráticas a las que se enfrentan principalmente la población migrante. Sin embargo, también se reconoce que estas soluciones pueden ser limitadas y no estar siempre disponibles. (ver Tabla 3, cita 3.4 y 3.5)

Dirigido a pacientes con problemas de movilidad en algún centro hay disponible un minibús por parte del Ayuntamiento para facilitar el acceso al centro de salud. Así mismo, para las personas mayores que viven solas y no se pueden desplazar se realizan consultas a domicilio. (ver Tabla 3, cita 3.6 y 3.7)

Las personas entrevistadas en general consideran útil el acceso a la historia social para una atención más personalizada. En enfermería, a veces se recopila información de esta mediante genogramas o escalas como ZARIT (sobrecarga de cuidados). La accesibilidad a esta información varía según el centro y suele ser facilitada por trabajo social. Algunos entrevistados admiten que abordar ciertos temas delicados puede resultar incómodo. Un médico sugiere que tener acceso a la historia social sería útil, pero prefiere evitar juicios que puedan influir en el diagnóstico, obteniendo la información relevante a través de la relación médico-paciente. (ver Tabla 3, citas 3.8 y 3.9)

Los profesionales valoran conocer los recursos económicos, aunque en AP son limitados. La observación atenta durante las consultas o visitas domiciliarias permite recabar esta información sin incomodar al paciente. Los factores socioeconómicos de las familias son clave para el cuidado de las personas dependientes, pero las ayudas domiciliarias suelen ser insuficientes, llevando a contratar cuidados privados o enfrentarse a largas listas de espera en residencias socio-sanitarias. Algunos mencionan recursos comunitarios y gubernamentales coordinados con Servicios Sociales como opciones adicionales. (ver Tabla 3, cita 3.10)

Se observa que existe una colaboración interdisciplinaria para abordar las necesidades sociales de los y las pacientes. Trabajo Social desempeña un papel central en la gestión de recursos y la derivación de casos, identificando y abordando los problemas sociales. Además, se destaca la figura del enfermero/a gestora de

casos, quien realiza visitas frecuentes a pacientes crónicos para detectar necesidades sociales y coordinar la asistencia. (ver Tabla 3, citas 3.11, 3.12 y 3.13)

En todas las entrevistas se mencionan distintos aspectos de adaptación de tratamiento o de asistencia para pacientes. De los elementos mencionados, aquellos que más se repiten son los relativos a la adaptación del lenguaje en función del nivel socio-cultural para asegurar una adecuada comprensión para los pacientes en relación a los procesos vinculados a su salud u enfermedad, los tratamientos o para la gestión de temas administrativos.

También, se hace referencia a la adaptación de la asistencia en relación a aspectos cultural/religiosos de los y las pacientes. Se comparte la necesidad de empatía para mejorar la relación profesional-paciente y adaptar el tratamiento y el manejo en estas situaciones, considerando la posibilidad de incorporar ciertos remedios fuera de la medicina convencional, cuando no representen un riesgo para la salud de los pacientes. Esto requiere un compromiso y esfuerzo por ambas partes. Durante el Ramadán, se destaca la importancia de adaptar el tratamiento para pacientes diabéticos mediante la provisión de folletos informativos en árabe, entre otras medidas. (ver Tabla 3, citas 3.14, 3.15 y 3.16)

En cuanto a las reticencias de algunos pacientes dentro de la comunidad árabe a ser atendidos por profesionales de otro sexo, se intenta agendar a estos pacientes con un profesional de su mismo sexo. Sin embargo, algunos profesionales señalan la falta de recursos y capacitación para abordar adecuadamente estas necesidades, siendo necesaria formación en diversidad cultural.

Se recomienda una oposición absoluta a prácticas dañinas para la salud o que violen la dignidad de las mujeres, como la ablación femenina. Cuando se identifica un caso vulnerable, los padres deben comprometerse por escrito a no realizar esta práctica al regresar a su país de origen, y se requiere un seguimiento cercano por protocolo.

Se destaca la importancia de la formación en sesgos de género para abordar adecuadamente las diferencias en la presentación de patologías entre hombres y mujeres. Además, se enfatiza la necesidad de detectar y manejar adecuadamente casos de violencia de género siguiendo los protocolos establecidos. Algunos profesionales buscan empoderar a las mujeres durante la consulta, fomentando su participación en el manejo de su propia salud y facilitando la toma de decisiones o la solicitud de ayuda en caso de sospecha de violencia de género.

Solo una profesional menciona la importancia de conocer la orientación sexual de los pacientes, sugiriendo que se pregunte solo si es relevante para el abordaje de ciertas patologías. (ver Tabla 3, citas 3.17, 3.18 y 3.19).

Algunos profesionales perciben que las personas con un nivel socioeconómico más bajo tienen datos de contacto menos precisos, lo que dificulta el seguimiento a largo plazo. Además, señalan que esta población tiende a acudir a Urgencias para problemas agudos, pero luego no continúan con citas programadas. Otros resaltan la importancia del seguimiento continuo de los pacientes a lo largo del tiempo. Específicamente, un médico destaca cómo la permanencia en el mismo puesto de trabajo les permite conocer no solo a los pacientes, sino también su entorno familiar, facilitando el acceso a la historia social de forma inherente al ejercicio profesional. (ver Tabla 3, cita 3.20).

Se destaca la importancia de los recursos adicionales proporcionados por otras instituciones, resaltando el papel clave de trabajo social como intermediario. Algunos profesionales tienen contactos en estos organismos que facilitan el acceso a estas ayudas. Por ejemplo, Cruz Roja o Cáritas ofrecen servicios como teleasistencia, traducción y apoyo económico para el copago de medicamentos. Además, se reconoce el papel crucial de las ayudas proporcionadas por el Ayuntamiento, como el servicio de transporte en minibús mencionado previamente. (ver Tabla 3, cita 3.21).

Se destaca la Ley de Dependencia como la principal ayuda social institucional, que incluye variantes como la Ayuda al Domicilio y ayudas económicas para residencias privadas-concertadas. La tramitación de estas ayudas está gestionada por trabajo social del centro o de los Servicios Sociales del Ayuntamiento. En cuanto a la responsabilidad de los problemas en AP y sus soluciones, señalan a responsables políticos por parte de los equipos médicos, mientras que en administración se aboga por más recursos sociales para abordar las necesidades sociosanitarias de los pacientes. (ver Tabla 3, cita 3.22).

En esta línea una de las entrevistadas considera que hay una separación entre la problemática social y la sanitaria, cuyo límite en muchas ocasiones se confunde y no se proporcionan los recursos adecuados (sanitarios Vs ayudas sociales), considerando que cuya gestión debería realizarse de forma separada. (ver Tabla 3, cita 3.23).



Discusión

Este estudio ha permitido explorar las percepciones de profesionales de AP sobre las inequidades en salud. La diversidad de respuestas recibidas permite afirmar que los y las profesionales de AP en nuestro medio están sensibilizados con las consecuencias de los DSS en el acceso a los centros de salud y en la calidad y efectividad del uso de los servicios. Piensan por tanto que los efectos en la equidad en salud son significativos y tienen suficientes propuestas para modificar la situación, si bien hay una percepción de que parte de las soluciones no están a su alcance.

Por otra parte, los cuestionarios fueron revisados mediante un estudio piloto previo, permitiendo así modificaciones para la mejora de los mismos, con el objetivo de facilitar el discurso y recoger así las respuestas más fidedignas a la realidad de los profesionales. De hecho, la variedad de respuestas, recoge adecuadamente el efecto de los condicionantes en la interacción de la población con los servicios de salud tal como se reflejan en el informe de determinantes de la OMS ¹.

El estudio tiene, sin embargo, alguna limitación. Es posible que una muestra más amplia y más diversa hubiese podido aportar más información sobre inequidad, en particular en lo relativo a las propuestas de abordaje,

aunque cabe destacar que se logró la participación de un amplio y heterogéneo espectro de profesionales que desempeñan funciones muy variadas.

No obstante, la muestra finalmente recogida (25) es mayor a la analizada en este estudio por cuestiones logísticas, teniendo previsto su análisis posterior a medida que siga en curso la investigación. La calidad del análisis se reforzó mediante la participación, discusión y consenso del equipo de investigación.

Así mismo, al ser entrevistas cara a cara, las respuestas pudieron ser modificadas para satisfacer a la persona que entrevistaba. Si bien, la diversidad de observaciones, algunas contradictorias, parecen indicar que este tipo de respuesta complaciente no ha sido frecuente.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden con la escasa literatura existente, especialmente con un estudio realizado en AP en Reino Unido Inglaterra⁵. Se observó que los y las profesionales tienden a adaptar sus recomendaciones según el estatus socioeconómico de los y las pacientes y reconocen la dificultad para abordar adecuadamente los problemas sociales, atribuyéndolo al tiempo limitado en consulta y a la incomodidad que genera hablar de temas sensibles. Al igual que en este estudio, los equipos de APs utilizan su propio conocimiento y experiencia para hacer recomendaciones con el fin de reducir las inequidades en salud, aunque algunos también se apoyan en la evidencia disponible, especialmente aquellos que han recibido formación en DSS.

Por otra parte, reflejan que los equipos de AP proponen diversas medidas para mejorar la equidad en la atención, lo que coincide con el consenso en documentos estratégicos y literatura especializada sobre la importancia de ampliar el enfoque de la AP para abordar los DSS. Muchas de estas propuestas coinciden con recomendaciones previamente documentadas, como la correcta implementación de la Ley de Dependencia, la inclusión obligatoria de formación en DSS en programas de estudios de salud y la formación continua para profesionales sanitarios, así como el acceso facilitado a prestaciones preventivas.⁷ Sin embargo, a pesar de esta concordancia, persiste una falta de voluntad política y de gestión para llevar a cabo estas medidas de manera efectiva.

En los últimos años, diversas publicaciones de gran difusión han resaltado la necesidad de recopilar datos de manera exhaustiva sobre los DSS, yendo más allá de la información sobre hábitos de tabaquismo o consumo de alcohol, como nivel educativo, presión financiera, nivel de actividad física...⁸ Aunque se observa un avance

progresivo en esta dirección, aún prevalece una recopilación no sistemática de este tipo de datos. No obstante, la idea de su importancia está ganando terreno gradualmente, entre otros motivos porque la mejora la equidad en la atención, además de justo lograr una mayor efectividad clínica.⁹

Los resultados de este estudio contribuyen a la base científica que llama la atención sobre la necesidad de establecer programas estratégicos en AP para incorporar la equidad como principio de la atención a la salud, pero también muestran que son necesarias investigaciones sobre el diseño de intervenciones para incorporar la equidad que cuenten con la participación de los profesionales y de la población para que sean implantables en nuestro entorno. Tal y como apuntan Vanjami et al. cabe pasar del cribado de los DSS a la acción.¹⁰

Conclusión

Esta investigación ha permitido explorar las percepciones de los profesionales de AP sobre las inequidades en salud y propuestas para su posible abordaje. Se han obtenido variedad de respuestas coincidentes con la literatura en base a la necesidad de la elaboración de estrategias para poner el foco de la equidad en la atención sanitaria.

1. Birn AE. Making it Politic(al): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. *Soc Med.* 2009;4(3):166-82. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
2. Gkiouleka A, Wong G, Sowden S, Bambra C, Siersbaek R, Manji S. Reducing health inequalities through general practice. *Lancet Public Health.* 2023;8(6):463-72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37244675>
3. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet.* 2008;372(9647):1365-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18922572/>
4. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 (1):6-13. Spanish. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22321945/>
5. Exworthy M, Morcillo V. Primary care doctors' understandings of and strategies to tackle health inequalities: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* 2019; (20):1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37244675/>
6. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.
8. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, Gold R. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann Fam Med.* 2016 Mar;(2):104-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26951584/>

9. Behforouz HL, Drain PK, Rhatigan JJ. Rethinking the social history. *N Engl J Med.* 2014 Oct;371(14):1277-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25271600/>
10. Vanjani R, Reddy N, Giron N, Bai E, Martino S, Smith M, Harrington-Steppen S, Trimbur MC. The Social Determinants of Health - Moving Beyond Screen-and-Refer to Intervention. *N Engl J Med.* 2023;389(6):569-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37590456/>



Anexo 1

GUIÓN ENTREVISTA MEDICINA/ENFERMERÍA

Buenos tardes [*nombre de la persona entrevistada*],
antes de nada, quiero darle las gracias por haber accedido a participar en este estudio y que nos dedique parte de su tiempo.

Mi nombre es [*nombre de la persona que realiza la entrevista*], y formo parte del equipo de investigación del proyecto “*Abordaje de las Inequidades en salud desde los equipos de Atención Primaria*” llevado a cabo desde el Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.

Antes de nada, quisiéramos saber si tiene alguna duda o precisa alguna aclaración del documento que le facilitamos con toda la información sobre el estudio que estamos realizando y las medidas de confidencialidad y anonimato que tendremos en cuenta a la hora de realizar el trabajo. [*Pausa*] Como le explicamos en dicho documento, la entrevista será grabada ya que, para el equipo investigador, todo lo que nos diga tiene mucha importancia. Por ello, nos gustaría poder repasar posteriormente la conversación y acordarnos de todo. También tenemos que recoger los siguientes datos (preguntar datos de *Plantilla de Resumen*).

Le deseamos aclarar que se trata de un estudio exploratorio, no hay respuestas más o menos adecuadas, por lo que nos gustaría que se sintiera cómodo/a y con la total libertad de expresar su punto de vista personal. Estamos interesados en conocer su experiencia y opinión en relación a los distintos temas que le plantearemos a continuación. La entrevista está estructurada en cuatro áreas temáticas con sus correspondientes bloques de preguntas.

¿Alguna duda o aclaración que necesite? ¿Está preparado para empezar?

Bien pues, si no tiene ninguna duda y está preparado/a, podemos dar comienzo a la entrevista. Si le parece, enciendo la grabadora y comenzamos.

BLOQUE 1: RECURSOS MATERIALES, ECONÓMICOS Y PROBLEMAS SOCIALES

[Notas al entrevistador: *la entrevista está estructurada en 3 bloques temáticos, con una pregunta principal para cada bloque. Para facilitar el discurso, se proporcionan algunas sugerencias que se podrán adaptar a cada situación y contexto en función de las respuestas del entrevistado/a.*

Se busca obtener la mayor cantidad posible de información por lo que ante respuestas cortas tipo SI/NO se estimula la respuesta con ejemplos, si ser muy directivas o explícitas. Para ello, animamos a que se indague en las opiniones personales o se proporcionen ejemplos de su ámbito profesional.

El orden de preguntas se puede modificar para aprovechar los temas que surjan en la conversación. El entrevistador/a cuenta con libertad y flexibilidad para modificar las preguntas con tal de obtener los objetivos de información que se especifican en cada bloque). Sin embargo, se debe ser cuidadoso para intentar no influir en las respuestas de los entrevistados. Hay que recordar que lo principal es escuchar]

Entrando un poco en materia. Nos gustaría saber en primer lugar si:

1. **¿Desde su experiencia profesional, considera que el nivel socioeconómico de sus pacientes podría influir en el manejo de sus enfermedades y en la adopción de hábitos saludables? ¿Podría poner algún ejemplo de su día a día?**
2. **Ha notado que en la interacción con usted influye el nivel socioeconómico de los pacientes.**
3. **En relación con la pregunta anterior, ¿piensa que los asuntos sociales podrían tener efectos en la salud de los pacientes que atiende en la consulta? [Aclaración si precisa: Por nivel socioeconómico nos referimos a educación, trabajo e ingresos. Por problemas sociales nos referimos a situaciones de desempleo, problemas financieros, problemas legales o situaciones de violencia o maltrato (violencia de género)].**

[Pausa para dejar responder. Respetar silencios y ritmo del discurso]

Objetivos informativos: se pretende explorar los siguientes temas y si se consideran los siguientes factores determinantes:

- **Recursos materiales y económicos para afrontar la enfermedad: determinantes sociales de salud**
 - Cómo identificar dichos determinantes y su utilidad para la asistencia sanitaria.
 - Cobertura de las necesidades de cuidado: financiación de cuidados (red social y económica), acceso a tratamientos (dificultades para acceso a ciertos fármacos o cuidados no cubiertos por el SNS).
- **Acceso a la asistencia sanitaria:**
 - Dificultad de pacientes vulnerables (migrantes en situación de exclusión social) para acceder a la asistencia sanitaria.
 - Dificultades para acudir a la consulta por el tipo de trabajo o relación laboral (horario laboral no compatible con horario de asistencia programada)
 - Dificultades por movilidad reducida o realizar tareas de cuidado.
 - Necesidad de transporte para acudir a controles médicos. Disponibilidad de transporte público para acceder a los servicios de salud.
 - Dificultades para contactar o localizar pacientes que viven en áreas marginales, pacientes migrantes o pacientes mayores que viven solos.
 - Retraso en el diagnóstico (programa screening), pérdida de seguimiento y adherencia a tratamientos (dificultad de copago y acceso a complementos).
- **Recursos socioculturales:**
 - Nivel de alfabetización de los pacientes
 - Conocimiento ocupación laboral: influencias de la ocupación laboral en la salud.
- **Diferencias de género en el manejo diagnóstico-terapéutico**

**Algunas sugerencias para facilitar los objetivos informativos:*

- Recursos materiales y económicos para afrontar la enfermedad:

1. **¿Considera que conocer los recursos materiales y económicos de los pacientes podría ayudar a los profesionales de medicina y enfermería de AP a la hora de abordar los problemas de salud de los pacientes? Si la respuesta es afirmativa, ¿nos podría poner algún ejemplo de su práctica clínica?**

2. De la misma manera, **¿Cree que conocer los problemas sociales de sus pacientes podría ayudarle a en su práctica clínica (a la hora de hacer una hipótesis diagnóstica o elegir un plan terapéutico)?** [Ejemplo: Podría ser que algunas de las demandas de salud de los pacientes sean secundarias a situación vitales relacionadas con el contexto socioeconómico de la persona: problemas legales, económicos, situación de maltrato].

3. **¿Como cree que se puede identificar este tipo de problemas en la práctica clínica? ¿Podría poner algún ejemplo de su consulta? *** [Ejemplo: preguntar situación en casa (si sospecha situación violencia de género) o situación laboral, indagar a qué atribuyen su malestar en caso de problemas relacionados con ansiedad/depresión]. **¿Cree que sería de utilidad para el desarrollo de su actividad asistencial la disposición de una historia social de los/las pacientes?** Con historia social nos referimos a contar con los datos socioeconómicos, origen étnico o circunstancias laborales de los pacientes, entre otros.

4. A pesar de que en nuestro país el Sistema Nacional de Salud cuenta con una amplia cobertura de servicios, **nos gustaría saber qué percepción tiene sobre las dificultades económicas para financiar ciertos cuidado o fármacos no cubiertos por nuestro sistema sanitario o en caso de estar cubiertos ha notado dificultades para hacer la aportación correspondiente?, ¿tiene experiencias al respecto?** *Se puede preguntar por el perfil de las personas que presentan este problema*.
 - Acceso a la asistencia sanitaria:

3. **¿Considera que existe algún tipo de barrera o dificultad para que colectivos más vulnerables (por ejemplo: migrantes, personas en situación irregular u otras minorías étnicas en riesgo de exclusión social) accedan al centro de salud?** [Nota: si responde que sí: explorar a qué barreras se refiere].

4. **¿Ha observado diferencias entre sus pacientes en relación a la accesibilidad al sistema sanitario?** (Ejemplo: dificultades para ajustarse a los horarios del CS por trabajo, pacientes con movilidad reducida, tareas de cuidado, necesidad de transporte o disponibilidad de transporte público para acceder a los servicios de salud) **Si es así, ¿cómo cree que estas diferencias pueden afectar a la asistencia de los pacientes?** (Ejemplos: cambios en la frecuencia de las visitas, modificación de seguimiento y control de los pacientes)?

5. Se ha observado que aquellos pacientes de áreas socioeconómicas más desfavorecidas, suelen tener datos de contacto más imprecisos en los registros. **¿Usted ha visto reflejado este hecho en su consulta o práctica diaria? ¿Cómo cree que afecta esta circunstancia en la prestación de asistencia sanitaria a estos pacientes (*pacientes que viven en áreas marginales, pacientes migrantes o mayores que viven solos*)? (Ejemplos: retraso en el diagnóstico (programas screening), pérdidas de seguimiento o adherencia a tratamientos) ¿Podría poner algún ejemplo?**

- Recursos socioculturales: nivel alfabetización

6. **¿Considera que conocer el nivel de alfabetización de sus pacientes podría ayudarle en su práctica clínica diaria? ¿Cómo piensa que puede influir el nivel de estudios de los pacientes en sus habilidades y recursos para el manejo de sus patologías?**

7. **¿Considera que conocer la ocupación de sus pacientes podría ayudarle en su práctica clínica diaria? ¿En qué grado considera que la ocupación de sus pacientes podría estar influyendo de alguna manera en sus patologías o dolencias? ¿Cómo piensa que la ocupación de sus pacientes podría influir para conciliar sus tareas laborales con los tratamientos o estrategias para el manejo de sus patologías? ¿Podría poner algún ejemplo concreto?**

Diferencias de género:

8. Se ha descrito en la literatura científica que el estereotipo de “hombre estoico” y “mujer emotiva” influye en cómo los profesionales interpretan el dolor en hombres y mujeres, y por tanto su manejo. También que presentaciones “atípicas” de la enfermedad en mujeres se traduce en un retraso diagnóstico, como en el caso del Infarto ¿ha tenido alguna vez esa percepción?

Si dice que no, o no entiende bien la pregunta, se puede decir: **¿Si comparamos las consultas entre mujeres y hombres, diría que algunos estereotipos sobre enfermedad en la mujer o el hombre podrían influir de alguna manera en el diagnóstico o tratamiento de los y las pacientes?/Se ha descrito que la presentación de algunas enfermedades tal como la enfermedad coronaria, es diferente según sexo y que eso podría retrasar el diagnóstico en mujeres, también pasa con la espondilitis y otras enfermedades. ¿Ha tenido alguna vez esa percepción? Nos referimos a diferencias en el manejo ante un mismo problema de salud en función del género (hombre/mujer) de los/las pacientes. Si la respuesta es afirmativa, nos puede poner algún ejemplo.**

¿Ha necesitado conocer la orientación sexual de sus pacientes por manejar algunos asuntos de salud concretos?, ¿le pasa con frecuencia?

- Algunas investigaciones han puesto en evidencia que para bastantes problemas de salud pueden producirse retrasos diagnósticos y terapéuticos en mujeres comparado con hombres; también se ha observado que para otros problemas los hombres tienen riesgo aumentados. Más allá de ello, también se ha descrito que a veces la atención no considera la orientación sexual de las personas en problemas en los que ésta es relevante. ¿Ha percibido algo relativo a estos asuntos?

BLOQUE 2: DIFERENCIAS SOCIOCULTURALES

2. Las influencias culturales tienen que ver con la forma en que las personas piensan sobre su salud y los orígenes de su enfermedad. Algunos estudios indican que puede haber dificultades en la atención a pacientes por su país de origen o por pertenecer a algún grupo étnico o religioso. **¿Ha tenido alguna de estas dificultades?** En caso afirmativo, **¿podría ponernos algún ejemplo?**

Objetivos informativos: se pretende explorar los siguientes temas y si se consideran los siguientes factores determinantes:

- Desconocimiento de las *creencias populares* en cuanto a la “enfermedad” y/o sus “remedios”.
- Diferencias religiosas y culturales que dificultan la adherencia terapéutica (*ej.: época del ramadán puede ocasionar ciertas barreras para el adecuado cumplimiento del tratamiento de los/las pacientes musulmanes*).
- Barrera idiomática con pacientes inmigrantes: *dificultades de comprensión y entendimiento, dificultades para el manejo de sus patologías y comprensión de tratamientos*.

**Algunas sugerencias para facilitar el diálogo:*

2. **¿Conocer determinadas *creencias populares* en cuanto a la “enfermedad” y/o sus “remedios” de ciertas culturas, cree podría ayudarle a la hora de decidir su actitud terapéutica?**

3. **En su práctica habitual, ¿ha visto modificada su decisión clínica por estas cuestiones de diversidad cultural/religiosa? ¿Considera que deberían tenerse en cuenta?**

4. **¿Ha tenido problemas de comunicación con pacientes de diferentes países de origen? ¿Cómo cree que le afectan las barreras lingüísticas en su práctica clínica? ¿Qué recursos cree que serían necesarios para facilitar una adecuada comprensión?**

BLOQUE 3: ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LAS INEQUIDADES

3. A lo largo de la entrevista, hemos hablado de distintos aspectos que están relacionados con la salud de los pacientes y que son ajenos a la estructura y organización de nuestro sistema sanitario pero que pueden generar desigualdades o inequidades en salud. **¿Cómo cree que podríamos evitar estos efectos con nuestras acciones en la práctica clínica?** [Nota, por si el silencio se hace largo o la persona entrevistada, dice de entrada que como no es posible no se lo plantea: **nos gustaría que nos hablase tanto de cambios generales como individuales que usted cree apropiado, o también si cree que es mejor que estas cuestiones las lleve otro personal, lo que le parezca oportuno**].

Objetivos informativos:

- Medidas actuales en los CS para reducir las inequidades

- Qué estrategias se podrían adoptar para disminuir las inequidades en salud en la práctica sanitaria
- Dificultades para llevar a cabo dichas estrategias
- Papel de los profesionales de Atención Primaria
- Formación respecto a las determinantes sociales de salud y las inequidades en salud.

**Algunas sugerencias para facilitar los objetivos informativos:*

- 1. En su centro de salud ¿cree que se disponen de recursos y medidas para evitar estos efectos? ¿Cree que se podría mejorar?**
- 2. ¿Considera que sería necesario adoptar medidas para reducir estos efectos, es decir, estas inequidades en salud? En caso afirmativo, ¿qué medidas?**
 - *Uso recursos comunitarios para poder derivar al paciente (ejemplo: asociación de vecinos, cursos de personas mayores) ¿Tiene un listado de estos recursos?*
- 3. Según su opinión ¿Cree que hay posibilidades de incorporar medidas y estrategias en la práctica sanitaria para disminuir las desigualdades en salud?,**
- 4. ¿Cree que los profesionales de Atención Primaria deben jugar algún papel en reducir las inequidades en salud en la clínica?**
- 5. ¿Alguna vez ha recibido formación, tanto en su etapa universitaria como a lo largo de su carrera profesional, sobre los determinantes sociales de salud? [Si la respuesta es afirmativa, explorar cual ha sido la formación, si la ha buscado motu proprio o se la ofrecieron] ¿Considera que sería de utilidad para su práctica clínica recibir formación sobre este tema?**

GUIÓN ENTREVISTA TRABAJADORAS SOCIALES

Buenos tardes [*nombre de la persona entrevistada*],
antes de nada, quiero darle las gracias por haber accedido a participar en este estudio y que nos dedique parte de su tiempo.

Mi nombre es [*nombre de la persona que realiza la entrevista*] y formo parte del equipo de investigación del proyecto “Abordaje de las Inequidades en salud desde los equipos de Atención Primaria” llevado a cabo desde el Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.

Antes de nada, quisiéramos saber si tiene alguna duda o precisa alguna aclaración del documento que le facilitamos con toda la información sobre el estudio que estamos realizando y las medidas de

confidencialidad y anonimato que tendremos en cuenta a la hora de realizar el trabajo. *[Pausa]* Como le explicamos en dicho documento, la entrevista será grabada ya que, para el equipo investigador, todo lo que nos diga tiene mucha importancia. Por ello, nos gustaría poder repasar posteriormente la conversación y acordarnos de todo. También tenemos que recoger los siguientes datos (preguntar datos de *Plantilla de Resumen*).

Le deseamos aclarar que se trata de un estudio exploratorio, no hay respuestas más o menos adecuadas, por lo que nos gustaría que se sintiera cómodo/a y con la total libertad de expresar su punto de vista personal. Estamos interesados en conocer su experiencia y opinión en relación a los distintos temas que le plantearemos a continuación. La entrevista está estructurada en tres áreas temáticas con sus correspondientes bloques de preguntas.

¿Alguna duda o aclaración que necesite? ¿Está preparado para empezar?

Bien pues, si no tiene ninguna duda y está preparado/a, podemos dar comienzo a la entrevista. Si le parece, enciendo la grabadora y comenzamos.

Puesta en marcha grabadora:

BLOQUE 1: RECURSOS MATERIALES, ECONÓMICOS Y PROBLEMAS SOCIALES

[Notas al entrevistador: *la entrevista está estructurada en 3 bloques temáticos, con una pregunta principal para cada bloque. Para facilitar el discurso, se proporcionan algunas sugerencias que se podrán adaptar a cada situación y contexto en función de las respuestas del entrevistado/a.*

Se busca obtener la mayor cantidad posible de información por lo que se deberán evitar las respuestas cortas tipo SI/NO. Para ello, animamos a que se indague en las opiniones personales o se proporcionen ejemplos de su ámbito profesional.

El orden de preguntas se puede modificar para aprovechar los temas que surjan en la conversación. El entrevistador/a cuenta con libertad y flexibilidad para modificar las preguntas con tal de obtener los objetivos de información que se especifican en cada bloque). Sin embargo, se debe ser cuidadoso para intentar no influir en las respuestas de los entrevistados. Hay que recordar que lo principal es escuchar]

Entrando un poco en materia. Nos gustaría saber en primer lugar si:

- 1. ¿Desde su experiencia profesional, piensa que el nivel socioeconómico de los pacientes puede influir en el manejo de sus enfermedades y en la adopción de hábitos saludables? ¿Podría poner algún ejemplo?**
- 2. En relación con la pregunta anterior, ¿piensa que los asuntos sociales podrían tener efectos en la salud de los pacientes que atiende en la consulta?**

[Pausa para dejar responder. Respetar silencios y ritmo del discurso]

- **Recursos materiales y económicos para afrontar la enfermedad:**

- Necesidad de cuidados continuos en caso de dependencia para ABVD (financiación de cuidados, ayuda de familiares o, por el contrario, escasa red social y dificultades para contar con ayuda).
- Financiación del tratamiento para las patologías: dificultades económicas para financiar ciertos fármacos o cuidados no cubiertos por el SNS).
- **Problemas sociales:**
 - Conocimiento de los determinantes sociales de salud
 - Cómo identificar estos determinantes
 - Utilidad para la asistencia sanitaria
- **Acceso a la asistencia sanitaria:**
 - Dificultad de pacientes vulnerables (migrantes en situación de exclusión social) para acceder a la asistencia sanitaria.
 - Dificultades para acudir a la consulta por el tipo de trabajo o relación laboral (horario laboral no compatible con horario de asistencia programada)
 - Dificultades por movilidad reducida o realizar tareas de cuidado.
 - Necesidad de transporte para acudir a controles médicos. Disponibilidad de transporte público para acceder a los servicios de salud.
 - Dificultades para contactar o localizar pacientes que viven en áreas marginales, pacientes migrantes o pacientes mayores que viven solos.
 - ➔ Retraso en el diagnóstico (programa screening), pérdida de seguimiento y adherencia a tratamientos (dificultad de copago y acceso a complementos).
- **Recursos socioculturales:**
 - Nivel de alfabetización de los pacientes
 - Conocimiento ocupación laboral: influencia de la ocupación con la salud.
- **Diferencias de género en la práctica profesional.**

**Algunas sugerencias para facilitar el discurso:*

- Recursos materiales y económicos para afrontar la enfermedad:
 - 1.1 **Nos gustaría saber su opinión sobre cómo piensa que los recursos materiales y económicos de los/las pacientes pueden influir en sus estrategias de afrontamiento de la enfermedad y en su vivencia.**
Nota: si claramente la persona entrevistada considera que los recursos materiales y económicos tienen un impacto, se puede explorar la siguiente cuestión. ¿Considera que conocer los recursos materiales y económicos de los pacientes podría ayudar a los profesionales de medicina y enfermería de AP a la hora de abordar los problemas de salud de los pacientes? Si/no, ¿por qué?
 - 1.2 **Nos gustaría saber qué percepción tiene sobre las dificultades económicas para financiar cuidados o ciertos fármacos que puedan padecer algunas personas a las que atiende.** *[Nota: se pregunta tanto por fármacos no cubiertos por nuestro sistema sanitario como fármacos que, estando cubiertos por el SNS, no se pueda hacer la aportación económica estipulada. Se puede preguntar por el perfil de las personas que presentan este problema].*

- Acceso a la asistencia sanitaria:

1.3 **¿Considera que exista algún tipo de barrera o dificultad para que las persona más vulnerables accedan al centro de salud? (por ejemplo: pacientes migrantes o en situación irregular así como otras minorías étnicas en riesgo de exclusión social).** [Nota: si responde que sí: explorar a qué barreras se refiere]

1.4 **¿Ha observado diferencias entre los pacientes que atiende en relación a la accesibilidad al sistema sanitario? (Poner ejemplos si se precisa: dificultades para acudir a la consulta por el tipo de trabajo o relación laboral, pacientes con movilidad reducida, tareas de cuidado, necesidad de transporte para acudir a controles médicos o disponibilidad de transporte público para acceder a los servicios de salud). ¿Cómo cree que estas diferencias pueden afectar a la asistencia y salud de los pacientes? (Ejemplos: disminución de las frecuencias de las visitas, pérdidas de seguimiento de tratamientos y control de los pacientes)**

1.5 Se ha observado que aquellos pacientes de áreas socioeconómicas más desfavorecidas, suelen tener datos de contacto más imprecisos en la Historia Clínica. **¿Usted ha visto reflejado este hecho en su consulta o práctica diaria? ¿Cómo cree que afecta esta circunstancia en la prestación de asistencia sanitaria a estos pacientes (pacientes que viven en áreas marginales, pacientes migrantes o mayores que viven solos)? (Ejemplos: retraso en el diagnóstico (programas screening), pérdidas de seguimiento o adherencia a tratamientos)**

1.6 **Independientemente de lo que ha observado usted directamente, ¿algunas personas le han dicho que no les han atendido en otros servicios, por ejemplo, en urgencias? ¿podría poner algún ejemplo?**

Recursos socioculturales: nivel alfabetización

1.7 **¿Considera que conocer el nivel de alfabetización de los pacientes es importante? ¿Cómo piensa que puede influir el nivel de estudios de los pacientes en sus habilidades y recursos para el manejo de su salud y/o sus patologías?**

1.8 **¿Considera que conocer la ocupación de los pacientes podría ser importante? ¿En qué grado considera que la ocupación de los pacientes podría influir de alguna manera en sus patologías o dolencias? ¿Podría poner algún ejemplo concreto?**

Problemas sociales:

1.9 **Recuerda alguna experiencia de cómo un aporte de recurso social de cualquier tipo haya facilitado el manejo de la enfermedad en alguna persona? [Aclaración si precisa: Con problemas sociales nos referimos a situaciones de desempleo, problemas financieros, problemas legales o situaciones de violencia o maltrato (violencia de género)].** *Nota: puede ser que la profesional diga que con el trabajo que hay no ve muchas soluciones a esta cuestión, que ella hace lo que puede con quien le envían. Entonces, se podría añadir: **somos conscientes de la enorme carga asistencial y la falta de recursos, por eso nos gustaría que también nos hablase de necesidades de recursos, o quizá de sistemas de coordinación con la parte clínica, etc.**

1.10 ¿Cómo cree que se podrían identificar este tipo de problemas en la consulta médica o de enfermería?

* [Ejemplo: preguntar situación en casa (sospecha situación violencia de género) o situación laboral, indagar a qué atribuyen su malestar en caso de problemas relacionados con ansiedad/depresión]

1.11 ¿Qué piensa sobre la utilidad que podría tener en la asistencia sanitaria el acceso a todos los datos sociales de los pacientes (riesgo de exclusión social, prestaciones o subsidios)?

Diferencias de género:

1.12 ¿Ha percibido diferencias en la demanda entre hombres y mujeres? Considera que el acceso a las ayudas o a los recursos puede ser diferente entre hombres y mujeres? Si la respuesta es afirmativa, ¿nos puede poner algún ejemplo?

BLOQUE 2: NIVEL CULTURAL Y DIFERENCIAS SOCIOCULTURALES

2. Algunos estudios indican que puede haber dificultades en la atención a pacientes por su país de origen o por pertenecer a algún grupo étnico o religioso. **¿Ha tenido alguna de estas dificultades? En caso afirmativo, ¿podría ponernos algún ejemplo?**

Objetivos informativos: se pretende explorar los siguientes temas y si se consideran los siguientes factores determinantes:

- *Diferencias religiosas y culturales que dificulten asistencia.*
- *Barrera idiomática con pacientes inmigrantes: dificultades de comprensión y entendimiento, dificultades para el manejo de sus patologías y comprensión de tratamientos.*

**Algunas sugerencias para facilitar el diálogo:*

2.1. ¿Considera que las diferencias culturales con los/las pacientes pueden condicionar la asistencia que se les presta? ¿De qué forma?

2.2. ¿Ha tenido problemas de comunicación con pacientes de diferentes países de origen? ¿Cómo cree que afectan las barreras lingüísticas a la hora de asistir a las personas? ¿Qué recursos cree que serían necesarios para facilitar una adecuada comprensión?

BLOQUE 3: ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LAS INEQUIDADES

3. A lo largo de la entrevista, hemos hablado de distintos aspectos que están relacionados con la salud de los pacientes y que son ajenos a la estructura y organización de nuestro sistema sanitario pero que pueden generar desigualdades o inequidades en salud. **¿Cómo cree que podríamos evitar estos efectos con nuestras acciones desde los Centros de Salud?**

Objetivos informativos:

- *Medidas actuales en los CS para reducir las inequidades*

- Qué estrategias se podrían adoptar para disminuir las inequidades en salud en la práctica sanitaria
- Dificultades para llevar a cabo dichas estrategias
- Papel de los profesionales de Atención Primaria
- Formación respecto a los determinantes sociales de salud y las inequidades en salud.

3.1. En su centro de salud ¿cree que se disponen de recursos o medidas para evitar estos efectos?

- En caso afirmativo, ¿podría nombrarlas? ¿Cree que se podría mejorar?
- En caso negativo ¿Considera que sería necesario adoptar medidas para reducir estos efectos, es decir, estas desigualdades en salud? ¿Se le ocurren algunas medidas?

3.2. ¿Considera que sería necesario adoptar medidas para reducir estos efectos, es decir, estas inequidades en salud? En caso afirmativo, ¿podría nombrar alguna medida?

3.3. Según su opinión ¿Qué dificultades piensa que podría haber a la hora de incorporar medidas y estrategias en la práctica sanitaria para disminuir las desigualdades en salud?

3.4. ¿Qué papel considera que deberían ejercer los profesionales como usted, que trabajan en Atención Primaria para combatir las inequidades en salud?

3.5. ¿Ha recibido formación sobre esta materia o se la ha ofertado?, Si la respuesta es afirmativa, explorar cual ha sido la formación, si la ha buscado motu proprio o se la ofrecieron. ¿Cómo obtiene la información sobre instituciones o recursos sociales disponibles en su área sanitaria para orientar a los pacientes?

GUIÓN ENTREVISTA A CELADORES Y ADMINISTRATIVOS

Buenos tardes [*nombre de la persona entrevistada*],

antes de nada, quiero darle las gracias por haber accedido a participar en este estudio y que nos dedique parte de su tiempo.

Mi nombre es [*nombre de la persona que realiza la entrevista*] y formo parte del equipo de investigación del proyecto “Abordaje de las Inequidades en salud desde los equipos de Atención Primaria” llevado a cabo desde el Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández.

Antes de nada, quisiéramos saber si tiene alguna duda o precisa alguna aclaración del documento que le facilitamos con toda la información sobre el estudio que estamos realizando y las medidas de confidencialidad y anonimato que tendremos en cuenta a la hora de realizar el trabajo. [*Pausa*] Como le explicamos en dicho documento, la entrevista será grabada ya que, para el equipo investigador, todo lo que nos diga tiene mucha importancia. Por ello, nos gustaría poder repasar posteriormente

la conversación y acordarnos de todo. También tenemos que recoger los siguientes datos (preguntar datos de *Plantilla de Resumen*).

Le deseamos aclarar que se trata de un estudio exploratorio, no hay respuestas más o menos adecuadas, por lo que nos gustaría que se sintiera cómodo/a y con la total libertad de expresar su punto de vista personal. Estamos interesados en conocer su experiencia y opinión en relación a los distintos temas que le plantearemos a continuación. La entrevista está estructurada en cuatro áreas temáticas con sus correspondientes bloques de preguntas.

¿Alguna duda o aclaración que necesite? ¿Está preparado para empezar?

Bien pues, si no tiene ninguna duda y está preparado/a, podemos dar comienzo a la entrevista. Si le parece, enciendo la grabadora y comenzamos.

BLOQUE 1: RECURSOS MATERIALES, ECONÓMICOS Y PROBLEMAS SOCIALES

[Notas al entrevistador: *la entrevista está estructurada en 3 bloques temáticos, con una pregunta principal para cada bloque. Para facilitar el discurso, se proporcionan algunas sugerencias que se podrán adaptar a cada situación y contexto en función de las respuestas del entrevistado/a.*

Se busca obtener la mayor cantidad posible de información por lo que se deberán evitar las respuestas cortas tipo SI/NO. Para ello, animamos a que se indague en las opiniones personales o se proporcionen ejemplos de su ámbito profesional.

El orden de preguntas se puede modificar para aprovechar los temas que surjan en la conversación. El entrevistador/a cuenta con libertad y flexibilidad para modificar las preguntas con tal de obtener los objetivos de información que se especifican en cada bloque). Sin embargo, se debe ser cuidadoso para intentar no influir en las respuestas de los entrevistados. Hay que recordar que lo principal es escuchar]

Entrando un poco en materia. Nos gustaría saber en primer lugar si:

- 1. ¿Desde su experiencia profesional, piensa que el nivel socioeconómico de los/las pacientes que acuden al centro de salud puede afectar a su relación con el centro? ¿Podría poner algún ejemplo de su día a día? (*Aclaración si se precisa:** En esta cuestión no nos referimos al punto de vista médico, sino desde el de gestión de los recursos que precisan los/las pacientes, por ejemplo: gestión de citas, trámites para realizar solicitudes de pruebas diagnósticas o habilidades para solicitar ciertas ayudas o recursos)

[Pausa para dejar responder. Respetar silencios y ritmo del discurso]

Objetivos informativos: *se pretende explorar los siguientes temas y si se consideran los siguientes factores determinantes:*

- **Acceso a la asistencia sanitaria:**
 - o Dificultad de pacientes vulnerables (migrantes en situación de exclusión social) para acceder a la asistencia sanitaria.

- Dificultades para acudir a la consulta por el tipo de trabajo o relación laboral (horario laboral no compatible con horario de asistencia programada)
- Dificultades por movilidad reducida o realizar tareas de cuidado.
- Necesidad de transporte para acudir a controles médicos. Disponibilidad de transporte público para acceder a los servicios de salud.
- Dificultades para contactar o localizar pacientes que viven en áreas marginales, pacientes migrantes o pacientes mayores que viven solos.
 - ➔ Retraso en el diagnóstico (programa screening), pérdida de seguimiento y adherencia a tratamientos (dificultad de copago y acceso a complementos).
- **Recursos socioculturales:**
 - Nivel de alfabetización de los pacientes
 - Conocimiento ocupación laboral: influencia de la ocupación con la salud.
- **Diferencias de género en la práctica profesional.**
- **Recursos materiales y económicos para afrontar la enfermedad:**
 - Necesidad de cuidados continuos en caso de dependencia para ABVD (financiación de cuidados, ayuda de familiares o, por el contrario, escasa red social y dificultades para contar con ayuda).
 - Financiación del tratamiento para las patologías: dificultades económicas para financiar ciertos fármacos o cuidados no cubiertos por el SNS).
- **Problemas sociales.**

**Algunas sugerencias para facilitar el discurso:*

- Acceso a la asistencia sanitaria:
 - 1.1 **¿Ha observado diferencias entre los pacientes en relación a la accesibilidad al centro de salud o al horario de las consultas?** *(Poner ejemplos si se precisa: horario de trabajo, problemas movilidad, tareas de cuidado, necesidad de transporte para acudir a controles médicos o disponibilidad de transporte público para acceder a los servicios de salud). Si es así, ¿cómo cree que estas diferencias pueden afectar a la asistencia de los pacientes?* *(Ejemplos: cambios en la frecuencia de las visitas, modificación de seguimiento y control de los pacientes)*
 - 1.2 **¿Considera que podría existir algún tipo de barrera o dificultad para que colectivos más vulnerables (por ejemplo: migrantes, personas en situación irregular u otras minorías étnicas en riesgo de exclusión social) accedan al centro de salud?** [Nota: si responde que sí: explorar a qué barreras se refiere]
 - 1.3 **Independientemente de lo que ha observado usted directamente, ¿algunas personas le han dicho que no les han atendido en otros servicios, por ejemplo en urgencias?**
 - 1.4 **Se ha observado que aquellos pacientes de áreas socioeconómicas más desfavorecidas, suelen tener datos de contacto más imprecisos en la Historia Clínica. ¿Usted ha visto reflejado este hecho en su trabajo diario? ¿Cómo cree que esta**

circunstancia afecta a la prestación de asistencia sanitaria a estos pacientes (*pacientes que viven en áreas marginales, pacientes migrantes o mayores que viven solos*)? (Ejemplos para facilitar el discurso: Retraso en el diagnóstico (programa screening), pérdida de seguimiento o adherencia a tratamientos). **¿Podría poner algún ejemplo?**

- Recursos materiales y económicos para afrontar la enfermedad:

1.5 **Nos gustaría saber si ha observado diferencias entre los pacientes en la forma de relacionarse con el trabajo de administración y gestión en función de su nivel socioeconómico.** [Por ejemplo, si les piden más o menos información, si presentan dificultades en manejar las citas, manejarse en el propio centro o adquirir productos sanitarios]. Nota: si claramente la persona entrevistada considera que los recursos materiales y económicos tienen un impacto, se puede explorar la siguiente cuestión: **¿Considera que conocer los recursos materiales y económicos de los pacientes podría ayudar a los profesionales de medicina y enfermería de AP a la hora de abordar los problemas de salud de los pacientes?** Si/no, ¿se le ocurre algún ejemplo?

1.6 A pesar de que en nuestro país el Sistema Nacional de Salud cuenta con una amplia cobertura de servicios, **Nos gustaría saber qué percepción tiene sobre las dificultades económicas para financiar cuidados o ciertos fármacos que puedan padecer algunas personas a las que atiende.?** [Nota: se pregunta tanto por fármacos no cubiertos por nuestro sistema sanitario como fármacos que, estando cubiertos por el SNS, no se pueda hacer la aportación económica estipulada]. Se puede preguntar por el perfil de las personas que presentan este problema].

- **Problemas sociales.**

1.7 **¿Considera que la situación socioeconómica o en general los problemas sociales de las personas pueden influir en su salud?** [Aclaración si precisa: Con problemas sociales nos referimos a situaciones de desempleo, problemas financieros, problemas legales o situaciones de violencia o maltrato (violencia de género)]. **¿Podría poner algún ejemplo de su práctica diaria?** [Por ejemplo: dificultades para cuadrar horario de visita al CS, necesidad de información sobre determinados recursos o ayudas disponibles a su alcance, dificultades para realizar gestiones sanitarias por falta de tiempo o escaso apoyo social, brecha digital]

Recursos socioculturales: nivel alfabetización

1.8 **¿Cómo piensa que puede influir el nivel de estudios de los pacientes en sus habilidades y recursos para el manejo de las cuestiones relacionadas con su salud (gestión de citas, gestión de recetas, solicitud de ayudas o recursos...)?** **¿Considera que conocer el nivel de alfabetización de los pacientes podría ayudarle en su trabajo habitual?** (Ejemplo: adaptar información, asegurarse de la comprensión de la información,...).

Diferencias de género:

- 1.9 **¿Considera que puede haber diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las dificultades para atender a sus necesidades?** Si la respuesta es afirmativa, **¿nos puede poner algún ejemplo?** [*Ejemplo: las mujeres suelen encargarse de las tareas domésticas y de cuidados lo que podría traducirse en responsabilización de la salud de familiares, mayor frecuentación al centro de salud vs mayor limitación de asistencia (si tienen a personas a su cuidado), menor disponibilidad de tiempo para el autocuidado, doble carga de trabajo (remunerado y no remunerado)*].

BLOQUE 2: DIFERENCIAS SOCIOCULTURALES

2. Algunos estudios indican que puede haber dificultades en la atención a pacientes por su país de origen o por pertenecer a algún grupo étnico o religioso. **¿Ha tenido alguna de estas dificultades?** En caso afirmativo, **¿podría ponernos algún ejemplo?**

Objetivos informativos: se pretende explorar los siguientes temas y si se consideran los siguientes factores determinantes:

- a. Diferencias religiosas y culturales que dificulten asistencia.
- b. Barrera idiomática con pacientes inmigrantes: *dificultades de comprensión y entendimiento, dificultades para el manejo de sus patologías y comprensión de tratamientos.*

**Algunas sugerencias para facilitar el diálogo:*

- 2.1 **¿Considera que las diferencias culturales con los/las pacientes pueden condicionar la asistencia que se les presta? ¿De qué forma?**
- 2.2 **¿Ha tenido problemas de comunicación con pacientes de diferentes países de origen? ¿Cómo cree que afectan las barreras lingüísticas a la hora de asistir a las personas? ¿Qué recursos cree que serían necesarios para facilitar una adecuada comprensión?**

BLOQUE 3: CONOCIMIENTO SOBRE LAS INEQUIDADES Y ESTRATEGIAS PARA AFRONTARLAS

- 3 A lo largo de la entrevista, hemos hablado de distintos aspectos que están relacionados con la salud de los pacientes y que son ajenos a la estructura y organización de nuestro sistema sanitario pero que pueden generar diferencias en la salud de las personas. **¿Cómo cree que podríamos evitar estos efectos desde su labor en el centro de salud?**

Objetivos informativos:

- Medidas actuales en los CS para reducir las inequidades
- Qué estrategias se podrían adoptar para disminuir las inequidades en salud en la práctica sanitaria
- Dificultades para llevar a cabo dichas estrategias
- Papel de los profesionales de Atención Primaria

- Formación respecto a las determinantes sociales de salud y las inequidades en salud.

**Algunas sugerencias para facilitar el diálogo:*

- 3.1 En su centro de salud ¿cree que se disponen de recursos o medidas para evitar estos efectos?**
- En caso afirmativo, ¿podría nombrarlas? ¿Cree que se podría mejorar?
 - En caso negativo ¿Considera que sería necesario adoptar medidas para reducir estos efectos, es decir, estas desigualdades en salud? ¿Se le ocurren algunas medidas?
- 3.2 Según su opinión ¿Qué dificultades piensa que podría haber a la hora de incorporar medidas y estrategias en su trabajo para disminuir estas desigualdades en salud?**
- 3.3 ¿Qué papel considera que deberían ejercer los profesionales como usted, que trabajan en la Atención Primaria, para abordar todos los problemas de los que hemos estado hablando? [Por ejemplo: derivar alguna vez a personas atendidas en el centro a alguna institución o centro de ayuda social (banco de alimentos, Cáritas, etc.) y disponer de una lista actualizada de todos los centros y recursos disponibles en su área de trabajo para poder informar mejor a las personas que los necesitan].**
- 3.4 ¿Alguna vez ha recibido formación sobre los determinantes sociales de salud? Si la respuesta es afirmativa, explorar cual ha sido la formación, si la ha buscado motu proprio o se la ofrecieron ¿Considera que sería de utilidad para su trabajo recibir formación sobre este tema?**

Anexo 2

PLANTILLA DE RESUMEN

ENTREVISTA INDIVIDUAL:				
PARTICIPANTE				
Código*	Sexo	Edad	Ocupación	Años trabajados en AP (en su ocupación)
<i>* Crear un código anónimo o un nombre ficticio para cada informante.</i>				
Centro de salud: Centro de Salud del Raval				
Características de su centro de salud: Población rural / urbana y nivel socioeconómico mayoritario: alto / medio / bajo				
Fecha y hora:				
Lugar de la entrevista:				
Duración:				
Persona de contacto:				
Grabación:				
Hoja de consentimiento informado y derechos de voz:				
DESCRIPCION DEL LUGAR, LAS IMPRESIONES Y LAS CONDICIONES DE LA ENTREVISTA (utilizar el espacio necesario)				

RESUMEN DEL CONTENIDO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL (máximo dos páginas)



Anexo 3

Tabla 1. Percepciones de los profesionales de atención primaria sobre la accesibilidad

Condiciones laborales	1.1- <i>“Sí. Pero es por eso que te digo. Si yo tengo un trabajo de 12 horas en una fábrica me va a costar más, venir al centro sanitario porque, sobre todo, los empleadores no dan tanta facilidad, como en realidad nos dicen, claro.”</i> Administración 3 mujer.
Uso de tecnologías y diferencias de edad	1.2- <i>“Yo creo que tal y como está planteado ahora mismo se cumple la ley de cuidados inversos porque la era digital beneficia mucho a la gente joven y a la gente con mucha habilidad para pedir cita cuando quiera, como quiera. Pero la gente, bien porque es mayor y no tiene ese acceso tan rápido, porque no se apaña, o bien por su trabajo como es o como las horas que implican, sí que creo que tienen más dificultad”</i> MFyC 4, mujer. 1.3- <i>“Tanta accesibilidad es mala, porque hay inequidades y te explico un ejemplo, que ha pasado hace unos años. La llamada agenda telefónica, ¿quién accede al teléfono? La gente más joven. Estamos teniendo consultas telefónicas absurdas e innecesarias de gente joven. Que tengo un lunar, que tengo un grano, que se me cae el pelo... Y la gente mayor no tiene acceso a la telefónica, como lo tiene la más joven. Mi opinión es que la telefonía debería ser una muy buena herramienta para manejarla nosotros, los sanitarios.”</i> MFyC 2, hombre.
Barreras burocráticas	1.4- <i>“Y luego que estén en situación irregular, pues más todavía esos ni entran, no tienen acceso al sistema, no tienen acceso, porque el sistema es infranqueable. No se puede entrar.”</i> MFyC 3, mujer. 1.5- <i>“No, porque tienen que cumplir una serie de requisitos y si no los cumplen, pues no tienen acceso. Nos creemos que sí, porque todo el mundo tiene... Pero no. Se le da atención, pero no tiene ese acceso a la, a la sanidad. Si se rompe una pierna o si se hace una brecha, tú le curas. Pero si ese paciente quiere entrar en un circuito... Y quiere entrar en el circuito, para que le hagan a esa mujer su circuito de mamografía cada tanto, la colonoscopia cada cuanto, para promocionar la salud, eso no tienen acceso. Porque no, no llegan a tener su cartilla de la Seguridad Social.”</i> Enfermería 2, mujer. 1.6- <i>“Los transgénero, que hay veces que, que también se ven un poco afectados, porque claro, tú en la sala, en las salas de espera hablas por el nombre que aparece en la ficha como fulanito o Emilio Gutiérrez. Lo llamas y te aparece una chica en la consulta, ¿sabes? Ese tipo de cosas también pienso que les puede trastocar un poco en la... No sé.”</i> Enfermería 2 mujer.

<p>Barrera idiomática</p>	<p>1.7- <i>“Ahora con lo de los refugiados ucranianos, madre mía, que hacíamos aquí los módulos de los ucranianos y tenía que venir la traductora. Y cuando no venía la traductora, no se podía. Porque tú no te puedes entender en otro idioma. O sea, en inglés te entiende más, menos. Yo qué sé. Por eso, pero en ¿ucraniano?... Chica, pues no.”</i> Enfermería 2, mujer.</p> <p>1.8- <i>“Pues casualmente esta mañana lo hemos hablado, de un compañero en atención continuada, hubo una pareja musulmana que acudió por una fuerte lumbalgia de ella a las 4 de la mañana y entonces le habían recetado un inyectable, y claro tenía que tener dolor para venir a esa hora. Pues, avisaron a mi compañero, que era chico, pues la pareja se fue porque no querían que él, por ser hombre, le pusiera el inyectable y ella no opinó. Ella directamente calló, el marido no quería, porque es un hombre y no, el hombre no me va a mirar el culo, dicho malamente.”</i> Enfermería 3, mujer.</p>
<p>Barreras movilidad</p>	<p>1.9- <i>“Bueno, en caso de movilidad reducida somos nosotros los que vamos al domicilio. Eh, ¿una dificultad o un problema creciente? Sería las personas que viven solas, y que no tienen nadie, o sea, no tienen ninguna persona familiar directo que se ocupe de ellas, esa podría ser una dificultad, para el acceso a los digamos a los recursos del centro de salud, ¿no? O sea, personas que viven solas que tienen movilidad reducida, esas personas mientras se puedan cuidar en casa, se mantendrían, y si no serían candidatos a ingresar en residencias asistidas”.</i> MFyC 1, hombre.</p>

Tabla 2. Condicionantes de la enfermedad y su control por parte de los pacientes de acuerdo a los profesionales de AP

<p>Factores culturales</p>	<p>2,1- <i>“Claro, sí, porque he trabajado en sitios donde había muchas comunidades, musulmanas que tienen el Ramadán, y luego tienen otras creencias y sí, he vivido situaciones, pues de que las mujeres no se quitan el velo para mirarle el oído o que si es un hombre no quiere que lo vea una mujer. Y aquí he tenido problemas con los asiáticos. No sé si por creencias o porque es una cultura muy cerrada. Los asiáticos sí que son super cerrados y consultan poco. Y entonces, si es a nivel del idioma, hay barreras, y a nivel de dieta también hay mucha, porque su dieta no tiene nada que ver con la nuestra, y yo la desconozco, totalmente.”</i> MFyC 1 hombre.</p>
<p>Condiciones laborales</p>	<p>2.2- <i>“El trabajo influye en las patologías como en el estrés y el sedentarismo. También condiciona que acudan a los servicios de urgencias, o el que vengan a las dos de la tarde. Es decir, todo eso justifica, muchas cosas: su horario laboral, su estrés, su capacidad para acudir o no, el banalizar las cosas o no, es decir... Influye mucho según, la patología, no lo mismo gente que está sentada catorce horas con situaciones estresantes, que gente que está trabajando de sol a sol, catorce horas, es que no lo mismo. Vino un inspector a hablarnos de las, bajas laborales, que no entendía porque, siempre había unos</i></p>

	<p>centros sanitarios que eran endémicos en bajas laborales. ¿No lo entiendes?, pues es muy fácil, código postal” MFyC 3 mujer.</p>
<p>Sesgo de género/Roles de género/Orientación sexual</p>	<p>2.3- “A una mujer la voy a tratar igual que si fuera un hombre, o sea el tratamiento debe ser el mismo. Siendo médico hombre a veces, puede obviar cosas que le pasa a las mujeres por desconocimiento. Una patología en una mujer se puede presentar de forma diferente a un hombre, siendo la misma patología, sí, pero hay que conocerlo, pero el tratamiento es el mismo”. MFyC hombre 2.</p> <p>2.4- “En ocasiones la mujer asume el rol de cuidadora del marido o familiar, poniendo en segundo lugar el cuidado y tratamiento de su propia patología”. Enfermería 3, mujer.</p> <p>2.5- “De hecho, abordar una situación de, de violencia de género es más incómodo, por ejemplo, es que te compromete emocionalmente, a lo mejor, y entonces... Huyes un poco más del tema.” MFyC hombre 1.</p> <p>2.6- “Solo recuerdo una vez, pero no suele ser frecuente. Nos interesa a nosotros, pero dependiendo de qué consulta, entonces lo tienes que preguntar cuando realmente lo necesites saber, pues tienes que preguntar o no.” MFyC 4, mujer.</p>
<p>Nivel educativo</p>	<p>2.7- “Hay colectivos que nos resulta muy sencillo explicarles un cambio de hábitos en su vida, por una diabetes, por ejemplo. Hay otro tipo de pacientes que normalmente suelen ser un socioeconómico bajo, que no son capaces de entenderlo. Y entonces tú les estás explicando la proporción de hidratos de carbono... Y les suena japonés. ¡A japonés! Que cuando tú le has terminado todas las explicaciones entonces... Pero entonces el bocata me lo puedo seguir tomando, ya dices no más... Y con las insulinas nos pasa un montón. Que no, que yo eso no me quiero pinchar, que eso es droga. No, pero ¿cómo va a ser droga? No, hombre, no. Hay que pincharlo, es droga. Así que no me lo quiero poner. Y yo aunque sea me muero”. Enfermería 2, mujer.</p> <p>2.8- “El contexto socio-económico en algunos casos puede influir, pero en general no. Más que económico, pienso que es un tema cultural que va acompañado al económico. Por el tema de educación en casos puntuales, pero no tiene por qué todo el mundo estar metido ahí. Ahí hay casos y casos. Es que hay gente que tiene un buen nivel económico e igualmente no tiene un buen nivel, ya no cultural, es más educación.” Administración 2, mujer.</p>
<p>Nivel socioeconómico-alimentación</p>	<p>2.9- “La alimentación es un elemento clave, la gente con más pobreza accede a alimentos con menos valor para su salud, comen cosas más baratas que son habitualmente más perjudiciales para la salud. Mucho hidrato de carbono, mucha pasta cosa que la gente que tiene un estilo de vida muy alto puede, prescindir de esto y comer otras, otro tipo de comidas...” MFyC 2, hombre.</p> <p>2.10- “No solamente el tema de la medicación, sino el tema de la alimentación, por ejemplo. Ahora estamos viviendo precisamente una época donde hay una inflación tremenda, donde además los alimentos han subido en un porcentaje muy elevado y hay pacientes que te lo comentan, sobre todo, personas mayores con pensiones bajas. Eso, pues</p>

	<i>es causante de, de enfermedades, etcétera. ¿no? Sí, sí que considero que es determinante". Trabajo Social 1, hombre.</i>
Nivel socioeconómico-medicación	<p>2.11- <i>"Hay gente con un universo económico muy bajo que sí que tiene dificultades para tener su medicación, sobre todo para tratamientos crónicos: diabéticos, con colesterol alto... Son muchas pastillas, son muchos tratamientos, y a lo mejor una persona con un nivel medio le cuestan treinta o cuarenta euros mensuales pero esas personas no pueden tener ese dinero, y esa gente no toma la medicación, y lo demostramos porque no sacan la medicación de la farmacia y no lo toman."</i> MFyC 2, hombre.</p> <p>2.12- <i>"Hay gente que pide por pedir. Sí que piden, pero luego a ver si les entra bien y si no, pues nada. ¿Sabes lo que te quiero decir? Aquí donde yo trabajo, en este ámbito, igual tampoco, es una zona marginal. Entonces yo creo que aquí, no hay ese tipo de carencias realmente. Yo ya que te digo, si el que te pida aquí una ayuda para arreglarse la boca, ya no es porque igual no tenga. Es que el problema igual viene de toda la vida, de su educación, que es que nunca se ha cuidado la boca. Entonces ya son problemas tan grandes. ¿Me entiendes lo que te quiero decir? No es un problema de dinero".</i> Enfermería 1, mujer.</p>

Tabla 3. Propuestas de los profesionales para atenuar las barreras de acceso y los problemas asociados a los condicionantes de inequidad	
Formación en determinantes sociales de la salud	<p>3.1- <i>"Yo creo que primero pasa, porque esto se sepa. Porque es nuestro día a día, pero como que nadie lo tiene en cuenta. No todo el mundo es consciente, ni lo considera un problema. Entonces ahí ya vamos mal. Entonces yo creo que es necesario formar a los profesionales en esto, ver que existe. Porque, no sé, todos pensamos que todos sabemos que el código postal marca la salud, pero no es verdad, no todo el mundo lo sabe. En atención primaria podemos estar más sensibilizados, pero en especializada, en especializada no tienen ni idea. Porque tendrían que saber cuál es la condición de la persona, a la hora de prescribir unos fármacos que no se los puede pagar o saber que está así y no incriminar al paciente, creo que se hace es todo lo contrario, se le incrimina. Es decir, primero pregunta, habla con el paciente, por qué no he hecho esto, que tal que cual, en lugar de incriminar, pues será, ¿porque no tiene dinero, será, porque no tiene trabajo, será, por... MFyC, 2 hombre.</i></p>
Horario acceso Centro de Salud	<p>3.2- <i>"El centro de salud, normalmente, exceptuando los meses de verano, que está abierto de ocho a tres, el resto del año está de ocho a nueve de la tarde. Por lo tanto, por tema de trabajo, bueno, pues la gente puede venir, porque además el personal médico y de enfermería siempre tiene como mínimo un día o dos de jornada, deslizada o cambiada".</i> Trabajo Social 1, hombre.</p>
Tiempo disponible por paciente	<p>3.3- <i>"Barrera del tiempo, no es verdad. Y yo es que eso, me has tocado un tema que estoy muy enfadada, porque es mentira. La barrera del tiempo es, el que quiere empezar a las ocho y acabar a la una y media. Cuando te tienes que parar con un paciente, te paras. No hay barrera de tiempo. Te paras, porque a lo mejor el siguiente, son dos minutos, lo del</i></p>

	<p><i>tiempo, en este momento será que yo soy una privilegiada, por el centro de salud en el que estoy trabajando, pero para mí eso que se ha utilizado como excusa, durante muchos años, no es cierto.” MFyC 3 mujer.</i></p>
<p>Solventar barrera idiomática</p>	<p>3.4- <i>“Ha venido mucho ucraniano sin ningún problema, mire la última paciente ha sido esta mañana con su móvil con su traductor de Google con el móvil y no hay ningún problema. Hay también una traductora a nivel telefónico, puedes llamar a alguna persona por las mañanas, en horario de las mañanas al hospital y hay un traductor en algunas épocas del año”. MFyC 2, hombre.</i></p> <p>3.5- <i>“Sí, por ejemplo, tenemos un médico que es de etnia musulmana, y normalmente su cupo son ellos. Entonces tiene esa facilidad de a la hora de que esa población sí que al menos tiene un médico que habla en el mismo idioma. Pero esa variedad que tenemos nosotros aquí en España no hay tanta.” Enfermería 3, mujer.</i></p>
<p>Movilidad reducida</p>	<p>3.6- <i>“La gente mayor o que tiene más dificultad para venir, pero hay como un minibús, que los lleva y los trae. Ellos lo pueden solicitar y sin ningún coste los lleva y los trae”. Administración 2 mujer.</i></p> <p>3.7- <i>“Bueno, en caso de movilidad reducida somos nosotros, los que vamos al domicilio. MFyC 1, hombre.</i></p>
<p>Acceso a Historia Social</p>	<p>3.8- <i>“Sí nosotras las enfermeras, hacemos un genograma familiar. Decimos pues tiene tres hijos: de los tres hijos, dos viven fuera, uno no sé qué, o es una paciente golondrina. Nos da mucha información.” Enfermería 2, mujer.</i></p> <p>3.9- <i>“Conocer la historia social creo que sí que me ayudaría, pero gustaría que esa historia la descubriera yo. Porque si es una historia actual, ¿vale? Es la, la misma para ti, para mí, para la enfermera y para todo el mundo. Pero conocer la historia pasada, creo que a veces también te puede influir a malas. Entonces, creo que es útil, pero creo que prefiero no tener esa historia. O sea, prefiero descubrirla yo.” Enfermería 1, mujer.</i></p>
<p>Adaptación a nivel socioeconómico</p>	<p>3.10- <i>“Las personas que tienen recursos económicos, porque son un nivel medio alto, por ejemplo, contrata una empresa privada o una señora particular. Incluso pueden tener un servicio público de servicio de ayuda a domicilio, pues contratan a una persona para que atienda a sus padres. Personas que no tienen recursos económicos y por lo que tú has comentado antes, el trabajo, tienen una ocupación donde deben trabajar muchas horas, y no disponen de tiempo. Ni tienen tiempo ni tienen dinero. Personas que tienen tiempo, pues tienen disponibilidad de tiempo para atender a sus padres, porque tienen un trabajo, puede trabajar a jornada parcial, a lo mejor tienen las tardes libres, etc.” Trabajo social 1, hombre.</i></p>
<p>Colaboración interdisciplinaria profesionales AP</p>	<p>3.11- <i>“El enfermero gestor de casos es un enfermero que es facilitador de recursos de alguna manera. Tiene una relación más intensa con los pacientes crónicos y pluripatológicos. Y él detecta muchas situaciones, porque hace muchas visitas y entonces la detecta y me los cita o me los comenta. Es decir, él detecta muchísimos casos con necesidades sociales</i></p>

	<p>y me los cita o me los deriva o incluso hago a veces visitas conjuntas con él también”. Trabajo Social 1, hombre.</p>
<p>Solventar barreras burocráticas inmigrantes</p>	<p>3.12- “Cuando viene un inmigrante, lo primero que se le hace es que se le da una cita para que vaya al trabajador social, se le da de alta, dependiendo también de cuál sea la situación. Yo pienso que no tiene más dificultad a la hora de acceder, al sistema. Yo creo que no. Si lleva aquí tres meses en España y en seguida se le da de alta... y se le atiende. Se le manda al trabajador social y en seguida”. Administración 3 mujer.</p> <p>3.13- “Los inmigrantes, para el trámite de la tarjeta sanitaria universal han de residir aquí 3 meses, aunque los menores siempre desde el primer día tienen asistencia sanitaria pública. Pero los adultos sí que hay un plazo transitorio de tres meses, te obligan a tener un seguro privado. Por lo tanto, hasta que no transcurra ese período, teóricamente no te dejan tramitar la tarjeta. Pero se hacen excepciones. A veces hemos tenido personas que llevan en España menos tiempo, se detecta una patología grave, recuerdo un señor con un problema oncológico, y en ese caso su seguro privado no le cubría, y se hacen excepciones y se tramitó la tarjeta.” Trabajo Social 1, hombre.</p>
<p>Adaptación a diversidad cultural</p>	<p>3.14- “Por ejemplo, la población magrebi y musulmana y tal pues sí que algunos a veces entran como un poco a la defensiva y ya cuando los atiendes bien, te abres a ellos, le demuestras cierta empatía, se te abren, ¿no? Pero en un primer momento sí que a veces [chasquido], parece que son un poco recelosos.” Trabajo Social 1, hombre.</p> <p>3.15- Sí. Yo creo que un ejemplo claro es el tema del Ramadán. Sobre todo, en el tema de los diabéticos o embarazadas, o ancianos, conocer cuándo empieza y cómo funciona esa cuaresma que tienen ellos ahí de ayuno. Y el conocerlo y saberlo yo lo veo bastante importante, y anticiparse a esa población para poder adaptar el tratamiento, lo vería bastante importante.” Enfermería 3, mujer.</p> <p>3.16- “A ver sí que te sirve porque necesitas saber qué remedios usa y asesorarle sobre si ese remedio. Que se haya demostrado que es bueno o que no hace nada o que sí que hace, pero tiene estos riesgos. O sea, que yo creo que sí que es útil conocerlos. Sobre todo, para asesorar, luego cada uno... Pero para asesorar sí. Para también saber si te está influyendo en tu tratamiento, si no”. MFyC 4, mujer.</p>
<p>Abordaje sesgo de género/Violencia género/Orientación sexual</p>	<p>3.17- “Pero luego también hay mujeres que son víctimas de violencia de género, probablemente no física, sino psicológica, que es una violencia más silenciosa. Y muchas veces, pues cuando tienes una entrevista, detectas que ahí hay algo más. Y bueno tienes que intentar concienciar a la mujer de que no es correcta esa relación que mantiene. Intentar un poco empoderarla y a partir de ahí ya, pues, que tome decisiones, ¿no?” Trabajo Social 1, hombre.</p> <p>3.18- “Ella viene directamente comentándonos el problema que tiene él, con el poco tiempo dices pues solucionamos lo de él. Pero piensas, también hay que abordarte a ti. Entonces, si de primeras ellas tampoco lo comunican y no quieres escarbar, no escarbas. Entonces, también lo puedo ver de esa manera. A la hora de diagnosticar o recetar, pues a ver, yo personalmente creo que intento un poco decir como que doy la muleta, de decir, tienes que cuidarte no por ser egoísta, sino para que tú</p>

	<p><i>estés bien para poder seguir cuidando, porque parece que así hay mucha gente que lo acepta. Osea, algo tiene que, que intervenir en nosotros". Enfermería 3, mujer.</i></p> <p>3.19- <i>"Solo recuerdo una vez, pero no suele ser frecuente. Nos interesa a nosotros, pero dependiendo de qué consulta, entonces lo tienes que preguntar cuando realmente lo necesites saber, pues tienes que preguntar o no. "MFyC 4, mujer.</i></p>
Seguimiento	<p>3.20- <i>"Sí, yo en mi consulta, digamos, atiendo todo tipo de población, por ejemplo, mucha población española la mayoría, pero también aquí yo atiendo mucha población inmigrante. Y con los inmigrantes ese tema de contacto sí que, sí que pasa habitualmente, porque ellos muchas veces sí que cambian el número de teléfono, cambian de compañías con más frecuencia, quizá por su situación económica más precaria." Trabajo Social 1, Hombre.</i></p>
Ayudas por Organismos/Institucionales	<p>3.21- <i>"Aquí en Elche, por ejemplo, contamos con Cáritas que por ejemplo tiene un servicio de farmacia, entre comillas, que en esos casos pues podemos hablar con ellos, coordinarnos, y facilitan un vale para una farmacia con la que tienen ellos para entregar esos medicamentos. Un recurso social muy interesante el famoso botoncito de teleasistencia que la gente conoce de Cruz Roja para alertas. Trabajo Social 1, hombre.</i></p> <p>3.22- <i>La dependencia es un derecho, no es una prestación graciable. Es como la educación o la sanidad. Cualquier persona que sea dependiente funcionalmente tiene derecho a algún tipo de recurso social. Ahí hay un abanico que además son alternativos. Muchos son compatibles y otros son incompatibles. Pero por supuesto, por ejemplo, uno de ellos es fundamental es el servicio de ayuda a domicilio. Eso es fundamental. Personas ya dependientes que, que, que son incapaces de, de hacer su propio aseo de atención personal pues gracias al servicio de ayuda a domicilio, prevenimos, por ejemplo, úlceras por presión." Trabajo Social 1, hombre.</i></p>
Distribución recursos	<p>3.23- <i>"El problema es que cada vez hay mayor problemática social. El centro de salud no dispone de esos recursos para cubrir esa problemática social, yo creo que eso ya es diferente, debería haber recursos exclusivamente para eso. Por ejemplo, problemáticas sociales, se tienda a tirar mucho de lo sanitario como de enfermería... Vete al domicilio y realmente se están confundiendo recursos sanitarios con recursos sociales. Claro, no tienen nada que ver, nada los recursos sanitarios con los recursos sociales, que son totalmente diferentes." Enfermería 1, mujer.</i></p>



Dedicatoria

Qué bonito camino este el de estudiar medicina. Aún recuerdo el día que me llegó el correo donde me dijeron que había sido aceptada, estaba en una sala en Tabarca con mis amigas, qué feliz me hizo después de largos días en la lista de espera, todo llega. Agradezco a mis tutores y tutoras toda la ayuda prestada para realizar este trabajo, me han ayudado desde el primer momento y hemos formado un gran equipo. También a mis compañeros de clase y ya casi familia, hemos vivido muchas aventuras desde pequeños borregos hasta ser médicos juntos, casi que no me lo creo. Por supuesto a mi familia, gracias a vosotros estoy aquí, me habéis apoyado en todo. Especial mención a mi padre, sé la ilusión que le haría ver graduarse a su doctorsita, como él me llamaba, pero el cielo te tenía guardado un lugar especial para ti, espero que estés donde estés me puedas ver, te quiero mucho.

