

NO HACER EN... **inequidades en salud**



© 2021, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

Congresos y Ediciones semFYC

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-123704-2-3

Depósito legal: B-15869-2021

Printed in Spain

NO HACER EN... **inequidades en salud**

Coordinador

Javier Padilla Bernáldez

Miembros

Ana Barrena Ezcurra
Jara Cubillo Llanes
Daniel García Blanco
Luis Andrés Gimeno Feliu
Javier Padilla Bernáldez
Sandra Robles Pellitero
Tatia Santirso Benito
Maribel Valiente González



Índice

Introducción	7
NO HACER en inequidades en salud	
1. No desentenderse de los problemas de obtención de la tarjeta sanitaria que puedan tener los y las pacientes	9
2. No anotar en la historia clínica juicios de valor sobre las actitudes de los y las pacientes	10
3. No dejarse cegar por la visión biomédica	11
4. No reproducir la ley de cuidados inversos	12
5. No medicalizar lo social y no socializar lo médico	14
6. No centrarse en las carencias	16
7. No presuponer que «querer es poder» ni menospreciar las estrategias de cuidado de la propia persona	17
8. No reforzar la asimetría de poder con quien acude a la consulta en situación de precariedad, pobreza o exclusión	18
9. No favorecer la verticalidad en la consulta	19
10. No encasillar a los y las pacientes según ideas preconcebidas rígidas ni incurrir en el determinismo cultural al valorar su estado de salud	20
11. No obviar el trabajo de cuidados, tanto en la anamnesis como a la hora de elaborar propuestas terapéuticas e indagar en la adherencia a estas	22



Introducción

La atención centrada en la comunidad y la atención centrada en la persona son dos de las características fundamentales de la Atención Primaria; un verdadero enfoque biopsicosocial debe incorporar los determinantes sociales de salud en la práctica clínica, conjugando de esta manera estas dos dimensiones esenciales.

En este documento, se enumeran algunos procedimientos habituales de la práctica clínica de Atención Primaria que deberían ser evitados para mejorar la integración de los determinantes sociales dentro de la consulta y facilitar que la praxis clínica no sea un espacio amplificador de las desigualdades sociales, sino un lugar donde intentar, dentro de las posibilidades, reducirlas o, al menos, amortiguarlas.

1

No desentenderse de los problemas de obtención de la tarjeta sanitaria que puedan tener los y las pacientes

Hay que implicarse en los problemas relacionados con la tarjeta sanitaria o el acceso al sistema; evitar derivarlos a otros servicios fuera de la consulta sin colaborar con ellos o sin asegurarse de cuál es el grado de resolución.

La cobertura sanitaria es un elemento fundamental para poder garantizar el acceso a la asistencia sanitaria de toda la población. Esta cobertura sanitaria no es solo un asunto que se soluciona con el reconocimiento de un derecho en un Boletín Oficial del Estado, sino que además da lugar a un proceso con muchos pasos intermedios hasta que se materializa en el acceso al sistema sanitario.

La obtención de la tarjeta sanitaria como elemento que posibilita el acceso al sistema sanitario a toda la población que la posee, en teoría en igualdad de condiciones, es un aspecto que requiere del interés y la implicación de todas las personas profesionales que interaccionan con el o la paciente en el ejercicio de sus funciones.

La accesibilidad es una responsabilidad colectiva, no exclusiva del servicio de Administración y/o Trabajo Social. Si no se consigue resolver el problema administrativo, hay que proceder garantizando al o la paciente el acceso a la consulta ante un problema de salud mientras se intenta aconsejar y facilitar la obtención de procedimientos más normalizados y accesibles de asistencia.

Bibliografía

- ¿Qué puedo hacer? Madrid: Yo Sí Sanidad Universal; 2021. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/>
- Chase LE, Cleveland J, Beatson J, Rousseau C. The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of “candidacy” in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. Soc Sci Med. 2017 Jun;182:52-9. Doi: 10.1016/j.socscimed.2017.03.038. Epub 2017 Mar 21.
- García-Gutiérrez Gómez R, Padilla Bernáldez J. La sanidad universal que no llega. [Internet]. semFYC. 12 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.semfyec.es/la-sanidad-universal-que-no-llega-dia-internacional-de-la-cobertura-sanitaria-universal/>
- Informe sobre la exclusión sanitaria un año después del RDL 7/2018. Yo Sí Sanidad Universal [Internet]. Yosisanidaduniversal.net. 2019. Disponible en: <https://yosisanidaduniversal.net/materiales/informes/informe-sobre-la-exclusion-sanitaria-un-ano-despues-del-rdl-7-2018>

2

No anotar en la historia clínica juicios de valor sobre las actitudes de los y las pacientes

El registro en la historia clínica de juicios de valor sobre un o una paciente puede suponer un estigma que condicione la atención sanitaria (y el acceso a otros recursos socioeconómicos como ayudas por desempleo, por discapacidad, invalidez, falta de vivienda o en casos de violencia, etc.) que posteriormente reciba esa persona por parte de diferentes profesionales.

En muchas ocasiones, *flashes* o anotaciones del tipo «llega 40 minutos tarde» o «huele mucho a alcohol» trascienden los límites del dato objetivo y el seguimiento clínico para convertirse en un estigma que, con frecuencia, se comparte no se sabe bien con qué profesionales y durante cuánto tiempo, y pueden ser etiquetas que reproducen la exclusión.

Tener en cuenta cuál es el contexto social (los determinantes sociales de la salud) puede ayudar a replantear esas etiquetas, así como a trabajar conjuntamente con el o la paciente y valorar qué aspectos del funcionamiento de la consulta o de la institución pueden adaptarse a ciertas condiciones y cuáles son irrenunciables. Los aspectos normativos de funcionamiento (como el horario de una cita) son útiles y necesarios, sobre todo cuando se aplican con flexibilidad, adaptándolos a situaciones concretas y contextos determinados.

La existencia de una historia clínica que ayuda a mejorar la longitudinalidad y coordinación en el acompañamiento y cuidado de los o las pacientes no puede ni debe convertirse en un lugar de desahogo profesional ni de señalamiento de acciones o actitudes que se pueden considerar inadecuadas, dado que al plasmarlas ahí quedan desprovistas de su momento y de su contexto y, por lo tanto, quedan a la libre interpretación (no compartida con el/la paciente) de lo que pueda haberlas generado.

Bibliografía

- Aragón B. Los que no vienen. AMF. 2013;9(6):304-5.
- Padilla J. Explico no es mi problema. [Internet]. Médico Crítico. 4 de febrero de 2017 [acceso el 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com/2017/02/explico-no-es-mi-problema.html>

3

No dejarse cegar por la visión biomédica

No hay que abordar los motivos de la consulta desde un punto de vista exclusivamente biomédico, tanto en el análisis de las causas como en el planteamiento de las soluciones.

Siempre hay un contexto social que hay que tener en cuenta, y que se debe incorporar en la valoración integral de los y las pacientes. Las principales causas profundas de la mayoría de los problemas de salud son sociales. Puede ser interesante analizar si alguno de los ejes de desigualdad social está afectando a alguna persona. Por ejemplo, la edad, el género, la clase social, la etnia, el territorio, la diversidad funcional, etc.

La esperanza y la calidad de vida, la diabetes, el cáncer, los problemas cardiovasculares, de salud mental y tantas otras enfermedades son más frecuentes en las clases sociales más desfavorecidas y su pronóstico en estas personas también es peor. Por tanto, ha de tenerse presente a la hora de hacer una valoración y establecer un plan terapéutico.

No siempre la respuesta debe partir exclusivamente de su médico o médica de familia. En muchas ocasiones, puede (y debe) ser abordada mediante el trabajo colaborativo con instituciones y/o colectivos que traten temas de vivienda, empleo, educación, servicios sociales, etc. Los y las pacientes pueden beneficiarse de apoyos sociofamiliares, recursos de la comunidad o grupos de ayuda mutua ante dificultades comunes.

Bibliografía

- DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, et al. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann Fam Med*. 2016;14(2):104-8.
- Escartín P, Gimeno Feliu LA. La historia de Pilar (lo socioeconómico en la consulta). *AMF*. 2013;9(7):373-80.
- Luis Turabián J, Pérez Franco B. El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. *El diagnóstico en medicina de familia. Aten Primaria*. 2010;42(2):66-9.
- OECD. *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. París: OECD Health Policy Studies. OECD Publishing; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>

4

No reproducir la ley de cuidados inversos

No hay que dedicar menos tiempo y atención a los y las pacientes de menor clase socioeconómica o con pautas culturales diferentes a las propias.

La distribución social desigual de las enfermedades debería llevar a los médicos y las médicas de familia a dedicar más recursos a las clases sociales bajas, pero esto no solo no se cumple, sino que, por el contrario, la atención y el tiempo que se ofrece a los y las pacientes es menor cuanto mayor es la distancia que separa a los facultativos social, económica y culturalmente. Esto es lo que enunció Tudor Hart en 1971 como ley de cuidados inversos: «La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida».

Al mismo tiempo, es importante recordar que esta ley de cuidados inversos no se limita solo al trato en la consulta, sino que también afecta a otros niveles. Por un lado, a mayor pobreza y exclusión, mayores barreras se encuentran las personas para acceder al sistema sanitario (exclusión sanitaria, déficit de recursos en lugares de mayor exclusión, historia previa de relaciones negativas con instituciones), por lo que hay algunas que ni siquiera llegan a la consulta pese a presentar problemas importantes de salud. Por otro, esta ley de cuidados inversos se replica también en otros recursos clave en relación con la salud: educación, trabajo, vivienda, deportes, alimentación, etc. Además, cabe recordar que no solo afecta al eje de desigualdad de clase social, sino también a todo el resto de los ejes de desigualdad que influyen en las personas: género, etnia, territorio, edad, diversidad funcional, etc.

Esta ley se puede revertir trabajando a tres niveles. Uno, en la consulta: cuidando la gestión de nuestro tiempo e implicación; facilitando visitas domiciliarias, ambulancias, adelanto de citas o ayuda en las gestiones a quien más lo necesita; entendiendo esta necesidad desde un punto de vista biopsicosocial. Dos: colaborando con organizaciones e instituciones locales que trabajan para reducir las desigualdades sociales en salud. Tres: realizando abogacía de la salud para un adecuado reparto de recursos que se adapte a las necesidades existentes en los diferentes niveles sociales.

Bibliografía

- ATD Cuarto Mundo España. Tejiendo Salud. Guía para la acción colectiva desde realidades de pobreza. [Internet]. Madrid: Madrid Salud; 2018. Disponible en: <https://comunidadesactivassalud.blogspot.com/2018/10/guia-para-la-accion-colectiva.html>
- Marmot M. An inverse care law for our time. *BMJ*. 2018;362:k3216.
- Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GC, Hart JT. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ*. 2012;344:e4152.
- Segura del Pozo J. La Ley de Atención Inversa no es solo un sesgo en la atención. [Internet]. Salud pública y otras dudas. 17 de mayo de 2013 [acceso el 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/05/17/la-ley-de-atencion-inversa-no-es-solo-un-sesgo-en-la-atencion/>

5

No medicalizar lo social y no socializar lo médico

No medicalizar ni psicologizar los problemas sociales, pero tampoco abandonar los malestares físicos y psicológicos que producen.

La medicalización de lo social, pretender resolver mediante la medicina determinadas situaciones sociales, tiene un origen multifactorial (sociedad, medios de comunicación, industria farmacéutica, políticos, gestores, profesionales sanitarios, pacientes...) en el que el sector de la salud desempeña un papel fundamental.

Los problemas sociales pueden generar malestares en las personas que los sufren, pero no por ello hay que diagnosticar una enfermedad. Cuando se medicaliza (o psicologiza) a los y las pacientes que vienen a la consulta se crea iatrogenia, sobretratamiento y todo lo que esto conlleva, como gastos y sufrimiento innecesario. Se desenfoca la raíz del problema, con lo que se pueden dificultar las soluciones más efectivas que vayan (muchas veces de modo colectivo) a las causas reales. Se pone la causa de la enfermedad en la persona, ignorando factores estructurales que generan violencia sistémica y discriminación y que, asimismo, influyen en la pérdida de la salud y en la capacidad para recuperarse.

Paralelamente, en muchas ocasiones, en especial en el caso de pacientes en situación de vulneración o exclusión social, es frecuente atribuir la necesidad de respuestas sociales a hechos que precisan de atención médica, de forma similar a lo que ocurre en muchas situaciones con pacientes con diagnósticos psiquiátricos. El afán desmedicalizador no puede suponer caer en este error.

Es importante no culpabilizar ni focalizar en soluciones individuales, sino tener en cuenta los contextos y las condiciones de vida, incorporando una perspectiva biopsicosocial y salutogénica, pero sin dejar de atender al sufrimiento. Los problemas son complejos y requieren una mirada global. Aunque no siempre la intervención pueda «tocar todos los palos», una mirada amplia ayuda a valorar distintos abordajes, y se elegirá aquel que mejor se adapte a cada situación.

Bibliografía

- Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, et al. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud [Internet]. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària; 2016 [acceso el 13 de junio de 2019]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Atencion-personas-malestar-emocional.pdf>
- Ortiz-Lobo A, Vicente-Tutor A. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF. 2013;9:366-72.
- Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J et al. Medicalización de la vida (I). Rev Clin Med Fam. [Internet]. 2011 Jun;4(2):150-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es
- Padilla J. La heterogeneidad de la respuesta médica a problemas sociales. [Internet]. Médico Crítico. 7 de febrero de 2016 [acceso el 13 de junio de 2019]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com/2016/02/la-heterogeneidad-de-la-respuesta.html>

6

No centrarse en las carencias

Lo importante no es solo poseer recursos, sino además saber utilizarlos.

Las carencias son parte de la realidad del día a día de los médicos y médicas de familia, pero siempre hay elementos para favorecer la autonomía de los y las pacientes en el cuidado de la salud. Por ello, se recomienda realizar un abordaje desde una perspectiva de salud y desarrollo personal que permita potenciar los recursos y las habilidades de cada persona (y de su comunidad), para afrontar la vida y manejar la salud.

Aun en situaciones de mucha dificultad, siempre hay capacidades individuales y colectivas puestas en juego que conviene identificar para una mayor promoción de la salud.

Una de las intervenciones eficientes para la promoción de la salud es capacitar a las personas para que sepan manejar una serie de recursos que pueden ayudar a hacer frente a los desafíos de la vida (influenciados por los determinantes sociales de la salud), como son la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, la inteligencia, el compromiso, el apoyo social, etc. No solo se trata de tener recursos, sino, en primer lugar, de saber que existen; en segundo, de tener confianza en uno mismo o una misma para «demandar» ayuda, y, en tercer, de utilizarlos.

Bibliografía

- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11-8.
- García D. Salud, Pobreza y Cuidados: Empecemos a hablar. *Mi salud, tu salud, nuestra salud.* Julio de 2016.
- Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. [Internet]. Pamplona: Sección Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de Navarra; 2006 [acceso el 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
- Rivera F, Ramos P, Moreno MC, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85:129-39.

7

No presuponer que «querer es poder» ni menospreciar las estrategias de cuidado de la propia persona

No se trata de que se prescriban los comportamientos, sino de promoverlos.

El modelo biopsicosocial se centra en las personas usuarias y su contextualización, ambos imprescindibles en la práctica diaria en Medicina Familiar y Comunitaria. Así se logra individualizar cada proceso diagnóstico y la creación de contextos terapéuticos para cada paciente. No contextualizar puede llevar a errores en la toma de decisiones al no tener en cuenta suficiente información sobre el o la paciente.

Es necesario que la relación profesional-paciente/ciudadano o ciudadana se base en un modelo democrático, deliberativo y participativo. Una buena entrevista motivacional debe respetar las decisiones autónomas de las personas usuarias ya que son los y las protagonistas de su propia salud y de su propia vida. Se debe evitar la «prescripción» de conductas sociales desde una perspectiva paternalista.

Como profesionales del ámbito sanitario, es preciso fomentar el empoderamiento de cada persona a la que se atiende, para que adquiera mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, y capacitarla para que tome elecciones acertadas en su estilo de vida. Al mismo tiempo, es fundamental prestar atención a no imponer valores, preferencias, capacidades..., sino que se debe ayudar al o la paciente a encontrar las soluciones desde sus propias capacidades y su realidad concreta.

Bibliografía

- Freudenberg N. From lifestyle to social determinants: new directions for community health promotion research and practice. *Prev Chronic Dis.* 2007;4(3):A47. PMID: PMC1955427. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955427/>
- Montaner I, Foz G, Pasarín MI. La salud, ¿un asunto individual...? *AMF.* 2012;(8)7:374-82.
- Ruiz-Giménez JL, Peñalva D, Hernández-Gil A. ¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud? *AMF.* 2013;9(3):134-42.

8

No reforzar la asimetría de poder con quien acude a la consulta en situación de precariedad, pobreza o exclusión

No olvidar la asunción colectiva de responsabilidad social, evitando culpabilizar a nivel individual.

Ejercer la asimetría de poder en las consultas promueve los juicios de valor y las etiquetas estigmatizadoras en situación de dificultad o carestía, generando además una relación de humillación, condescendencia, vergüenza y/o desconfianza.

Durante el ejercicio profesional es preciso tener una mirada amplia, libre de prejuicios y generadora de vínculos positivos e integradores. Para ello es fundamental la adquisición de un conocimiento amplio de la realidad individual, del entorno y de la población, orientando la asistencia hacia lo colectivo y promoviendo la justicia social.

Para ser efectivos, es preciso no culpabilizar, sino facilitar la información necesaria sobre los comportamientos asociados y los condicionantes de vida, ya que una intervención supeditada a la modificación de los estilos de vida de forma descontextualizada puede provocar un efecto culpabilizador y generar rechazo, además de ser poco efectiva.

La consulta ha de convertirse en un espacio de encuentro, colaborativo, de atención, compromiso, respeto y confianza, donde se legitimen las opiniones, sentimientos y percepciones de la persona en situación de vulnerabilidad, sin cargar sobre sus hombros lo que es una responsabilidad de todos y todas.

Bibliografía

- ATD Cuarto Mundo España. Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza. [Internet]. Madrid: Madrid Salud; 2018. Disponible en: <https://comunidadesactivassalud.blogspot.com/2018/10/guia-para-la-accion-colectiva.html>
- Jovell A, Sacristán J. El médico social. Apuntes para una medicina humanista. Cambio social y sanidad. Barcelona: Proteus; 2012.
- Martínez P, García MA, Expósito V, Rodríguez JM. La relación médico- paciente. Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. [Internet]. Madrid; Organización Médica Colegial de España; 2017 [acceso el 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf

No favorecer la verticalidad en la consulta

La Medicina Familiar y Comunitaria aporta conocimientos técnicos valiosos: el paciente es experto en su propia vida. Ofrecer y explicar opciones para llegar a un plan consensuado, en lugar de proponer un plan unidireccional, es la mejor manera de abordar el motivo de consulta.

Es fundamental la explicación de los porqués de las decisiones que se plantean, poniendo en práctica el proceso continuado de información y consentimiento informado, con especial énfasis en la explicación y aclaración de los beneficios y riesgos posibles, de modo que los médicos y las médicas de familia y comunidad sean agentes de la persona, y que sea esta la que, en última instancia, tome las decisiones (si bien se busca que estas sean tan compartidas como sea posible).

La bioética en la consulta ayuda a comprender la relación sanitaria como una relación deliberativa de confianza entre el o la profesional y la persona usuaria, que se establece con el compromiso de mejorar la calidad de vida (y no solo los indicadores objetivos de salud) de esta, que participa de una unidad de convivencia que influye de manera determinante en su salud.

La consulta de cada profesional de la salud y del conjunto de la Atención Primaria que se realiza desde el centro de salud constituyen un espacio privilegiado para generar conversaciones de ayuda con el conjunto de la comunidad, tomando en cuenta su diversidad de género, generacional, funcional y cultural, y en sus diversas relaciones. Es clave conocer las expectativas vitales, valores y cultura de los y las pacientes, familias y comunidades.

Bibliografía

- Borrell i Carrió F, coord. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. [Internet]. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004. Disponible en: https://www.semfyce.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf
- Emanuel E, Emanuel L. Four models of physician - patient relationship. JAMA. [Internet]. 1992;267:2221-6. Disponible en: http://rllilo.educsalud.cl/Curso%20Transv%20Bioetica%202012%20/Emanuel%20E.%20Cuatro_modelos_relacion_M-P.pdf
- Popay J, Williams G, Thomas C, Gatrell T. Theorising Inequalities in Health: The Place of Lay Knowledge. SHI [Internet]. 1998 [acceso el 17 de junio de 2019]; 20:619-44. Disponible en: 10.1111/1467-9566.00122

No encasillar a los y las pacientes según ideas preconcebidas rígidas ni incurrir en el determinismo cultural al valorar su estado de salud

Es importante construir una práctica clínica con un marco teórico y un conocimiento lo suficientemente amplio como para saber explorar la realidad y el contexto más allá de los estereotipos.

En muchas ocasiones, en la consulta los médicos y las médicas de familia se ven en la obligación de utilizar marcos de interpretación de la realidad que pueden estar contruidos en virtud de estereotipos más o menos fieles a la realidad y con mayor o menor capacidad de agilizar el establecimiento de procesos diagnósticos o terapéuticos. Muchos de estos marcos interpretativos pueden suponer que se tomen decisiones fundamentándose en lo que no son más que estereotipos o clichés.

En palabras de Iona Heath en relación con el trabajo con personas de otras culturas (y en general con cualquier paciente): «El objetivo debe ser convertirse en mejores profesionales apreciando el privilegio de aliviar el sufrimiento, el dolor y la enfermedad de una población en constante evolución, heterogénea culturalmente y étnicamente diversa. Es fundamental mantener la curiosidad hacia cómo nuestros pacientes entienden y viven su propio mundo y su salud. Las clásicas preguntas de una buena entrevista clínica “¿A qué achaca usted lo que le está pasando?” o “¿Cómo afecta a su vida lo que le está ocurriendo?” son esenciales».

Es importante no dar por supuesto la capacidad adquisitiva, la comprensión del idioma, determinadas claves culturales, la orientación o prácticas sexuales, los roles de género, la ideología religiosa, el patrón de consumo... En su lugar, conviene explorar el contexto y adaptar el servicio a la necesidad.

Existen herramientas validadas que pueden ser de utilidad, en concretos contextos, para la detección más o menos sistemática de situaciones que, en otras ocasiones, pueden pasar desapercibidas o bien suponerse con base en estereotipos socialmente contruidos. Es el caso tanto de la violencia de género como de la situación de pobreza.

Bibliografía

- Heath I, Schei E. Culture, language and the clinic: Three stories, two keys. En: Kumar BN, Diaz E, ed. *Migrant health: A Primary Care Perspective (WONCA)*. Boca Ratón: CRC Press; 2019. p. 31-42.
- Robles Pellitero S, Padilla Bernáldez J. Cribado de pobreza en la consulta. *AMF*. [Internet]. 2019;15(4):2410. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2410#
- Van Rijssen HJ, Schellart AJ, Berkhof M, Anema JR, Van der Beek A. Stereotyping of medical disability claimants' communication behaviour by physicians: towards more focused education for social insurance physicians. *BMC Public Health*. 2010;10:666. Doi: 10.1186/1471-2458-10-666.
- Vogel J. Effective gender-based violence screening tools for use in primary health care settings in Afghanistan and Pakistan: a systematic review. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*. 2013;19(3):219-26.. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118404>

No obviar el trabajo de cuidados, tanto en la anamnesis como a la hora de elaborar propuestas terapéuticas e indagar en la adherencia a estas

A la hora de considerar el contexto y la biografía de los pacientes y, principalmente, de las pacientes, es importante preguntar por las tareas de cuidados desempeñadas, ya sea de manera formal o informal, dado que pueden ser un determinante de salud importante, así como tener un impacto en la capacidad de seguir determinados regímenes o recomendaciones de tratamiento.

Durante mucho tiempo, las tareas de cuidados han sido unas labores que se han dado por descontado en las estructuras de las familias y las comunidades; estos cuidados, en términos muy mayoritarios, han recaído sobre las mujeres, ya sea en forma de labor profesionalizada o como mandato de las estructuras familiares.

La carga de cuidados se plantea como uno de los factores posiblemente determinantes para explicar el porqué de la peor salud percibida de las mujeres respecto a los hombres y, además, puede tener un importante impacto en el desarrollo de trastornos, ya sea en la salud física como en el padecimiento psíquico y la interacción entre ambas.

En el libro *Salubrismo o barbarie*, López Román y López Ruiz afirman lo siguiente: «De esta manera, encontramos una peor salud de las personas cuidadoras en todo tipo de patologías, desde una mayor prevalencia en patología cardiovascular hasta cefalea, dorsalgia, dolores articulares, etc., pero también una situación de dependencia económica y aislamiento social que repercutirá en su salud».

Abordar, por un lado, la sobrecarga de las personas cuidadoras y, por otro, integrar las tareas de cuidados formales e informales como un determinante de salud, con una clara perspectiva de género, debería ayudar a abordar un tipo de inequidades muy presentes e invisibilizadas dentro de las consultas de Atención Primaria.

Bibliografía

- Bom J, Bakx P, Schut F, Van Doorslaer E. The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *Gerontologist*. 2019 Sep 17;59(5):e629-e642. Doi: 10.1093/geront/gny137.
- García-Calvente M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18(2):83-92.
- López Román C, López Ruiz V. Cuidados y trabajos invisibles como todo lo doméstico. En: López Ruiz V, Padilla Bernáldez J. *Salubrismo o barbarie*. Sevilla: Atrapasueños; 2017.
- Rogero García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección Estudios. Serie Dependencia. Madrid: IMSERSO; 2010.

