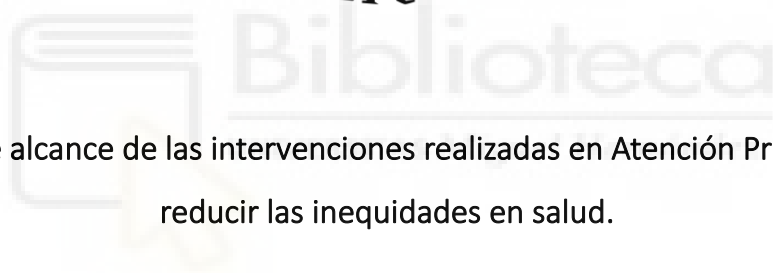


UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA



Revisión de alcance de las intervenciones realizadas en Atención Primaria para reducir las inequidades en salud.

Autora: Belén Canals García

Tutora: Elisa Chilet Rosell

Cotutora: María del Mar Miralles Pascual

Departamento y Área: Medicina Preventiva y Salud Pública

Curso académico 2023-2024

Convocatoria de junio

“El conocimiento médico abarca no sólo las características clínicas de las enfermedades sino también su epidemiología y relaciones con la salud pública, incorporándole los descubrimientos atinentes de la medicina experimental, la microbiología, la bioquímica y otras materias básicas”.

-William Osler-



Agradecimientos:

Hace seis años, al pronunciar la palabra medicina me venían fundamentalmente a la cabeza dos adjetivos, carrera larga y difícil.

Hoy, seis años después y con muchas experiencias y aprendizajes vividos de por medio, puedo decir que lo he logrado. Mejor dicho, lo hemos logrado porque sin vosotros tres, papá, mamá y Marina esto no habría sido posible. Gracias por apoyarme, ayudarme, sobrellevarme y confiar en mí en todo momento. Por hacer que esos dos adjetivos se hayan atenuado y mi camino universitario haya sido mucho más llevadero y placentero.

Gracias también a todas esas personas que han ido apareciendo a lo largo de todos estos años. Desde el primer día de universidad hasta el último rotatorio he tenido la oportunidad de conocer personas maravillosas, con quien compartir momentos y de las que me llevo únicamente recuerdos y experiencias positivas.

Por último, gracias a mis tutoras Elisa y Mar y a Ildefonso por permitirme hacer este trabajo que tanto ha abierto mi horizonte como futura médica, aprendiendo a otorgarle la importancia que corresponde a los aspectos sociales de la salud y no únicamente a los puramente biológicos o mecánicos. Gracias por ayudarme a ponerle el broche final a estos seis años y aportarme conocimientos que seguro emplearé a lo largo de toda mi carrera profesional.

Índice:

Resumen:	5
Abstract:	6
Introducción:	7
Material y métodos:	9
Estrategia de búsqueda:	9
Selección de estudios:	9
Extracción de datos y síntesis:	11
Resultados:	12
Discusión:	18
Conclusiones:	23
Bibliografía:	24
Anexos:	26
Anexo 1: Descripción de la intervención de los artículos incluidos en la revisión de alcance.	26
Anexo 2: Referencias bibliográficas de los artículos incluidos en la revisión de alcance.....	36
Anexo 3: Comité de ética de la investigación del Hospital Universitario San Juan de Alicante	41
Anexo 4: Autorización COIR aprobada	42

Revisión de alcance de las intervenciones realizadas en Atención Primaria para reducir las inequidades en salud.

Resumen:

Introducción: Las desigualdades en salud son diferencias sistemáticas, evitables e injustas entre diferentes grupos socioeconómicos basadas en los determinantes sociales de la salud. A consecuencia de ello, en los grupos afectados se observan mayores tasas de morbilidad y mortalidad. Estas desigualdades se deben abordar desde políticas públicas y acciones en el sistema de salud, especialmente desde la Atención Primaria, que gracias a su función comunitaria y su capacidad para adaptarse a las necesidades sociales y de salud de la población adopta un papel fundamental en el desarrollo de intervenciones efectivas. Hasta el momento, la evidencia sobre intervenciones específicas para reducir estas desigualdades es limitada. Por ello, el objetivo de este trabajo es identificar y describir intervenciones específicas realizadas desde Atención Primaria para reducir inequidades en salud.

Métodos: Revisión de alcance a través de la base de datos PubMed. Tras la introducción de la ecuación de búsqueda, obtuvimos 1250 artículos, de los cuáles 143 cumplían criterios de inclusión y se leyeron a texto completo. Se incluyeron todos aquellos estudios que trataban de intervenciones diseñadas con el objetivo de prevenir o reducir desigualdades en salud desde los servicios de Atención Primaria. La intervención debía ser evaluada cualitativa o cuantitativamente en términos de equidad en salud e ir dirigida a grupos vulnerables. Finalmente, quedaron incluidos 51 artículos de los que se realizó la extracción de datos y análisis descriptivo.

Resultados: Se analizaron 51 artículos. La mayoría de las intervenciones se llevaron a cabo en Estados Unidos (29,4%), implementándose en España únicamente cuatro (7,8%). Por lo general, presentaron una duración mayor de 24 meses (39,2% de los estudios). En la mitad de las intervenciones, la población diana fueron grupos de personas de zonas con bajos ingresos o comunidades excluidas (54,9%) y los programas multicomponente de intervención preventiva o de gestión de pacientes con formación de personal fueron el tipo de intervención que más se desarrolló (un 43,1% de las intervenciones estudiadas). Mejorar el acceso a la Atención Primaria (21,5%) y aumentar la participación en programas de prevención (17,6%) fueron los principales problemas de salud abordados. Los resultados se evaluaron principalmente mediante comparación previa y posterior a la implementación de la intervención (29,4%), evaluación sin grupo control (27,4%) y mediante ensayo aleatorio controlado (21,5%). Los resultados observados en términos de equidad en salud reflejaron mejorías en el uso del sistema sanitario o social y de los programas preventivos de cribado del cáncer (45%) y equidad sanitaria mediante una variable indirecta (45%).

Conclusiones: Existen múltiples intervenciones dirigidas a mitigar las inequidades en salud desde Atención Primaria, aunque muchas de ellas no son directamente aplicables en nuestro entorno. Se requiere indagar más en el desarrollo de intervenciones efectivas a través de la acción conjunta política, profesional y comunitaria, no por ello dejando de poner en práctica aquellas que ya son aplicables.

Palabras clave: intervenciones, Atención Primaria, desigualdades en salud.

Scoping review of interventions in Primary Care to reduce health inequalities.

Abstract:

Introduction: Health inequalities are systematic, avoidable and unfair differences between different socio-economic groups based on the social determinants of health. As a result, affected groups have higher morbidity and mortality rates. These inequalities must be addressed through public policies and actions in the health system, especially in Primary Care, which, thanks to its community function and its capacity to adapt to the social and health needs of the population, plays a fundamental role in the development of effective interventions. So far, the evidence on specific interventions to reduce these inequalities is limited. Therefore, the aim of this paper is to identify and describe specific interventions carried out in primary care to reduce health inequalities.

Methods: Scoping review through the PubMed database. After entering the search equation, we obtained 1250 articles, of which 143 met the inclusion criteria and were read in full text. All studies dealing with interventions designed with the aim of preventing or reducing health inequalities in Primary Care services were included. The intervention had to be evaluated qualitatively or quantitatively in terms of health equity and target vulnerable groups. Finally, 51 articles were included for data extraction and descriptive analysis.

Results: 51 articles were analysed. Most of the interventions were carried out in the United States (29.4%), with only four implemented in Spain (7.8%). In general, they lasted longer than 24 months (39.2% of the studies). In half of the interventions, the target population was groups of people from low-income areas or excluded communities (54.9%) and multicomponent preventive intervention or patient management programmes with staff training were the most developed type of intervention (43.1% of the interventions studied). Improving access to Primary Care (21.5%) and increasing participation in prevention programmes (17.6%) were the main health problems addressed. Outcomes were evaluated mainly by pre- and post-intervention comparison (29.4%), evaluation without control group (27.4%) and randomised controlled trial (21.5%). Outcomes observed in terms of health equity reflected improvements in the use of the health or social system and cancer screening preventive programmes (45%) and health equity using a proxy variable (45%).

Conclusions: There are many interventions aimed at mitigating health inequalities in Primary Care, although many of them are not directly applicable in our setting. More research is needed on the development of effective interventions through joint political, professional and community action, while continuing to put into practice those that are already applicable.

Key words: interventions, Primary Care, health inequalities.

Introducción:

Las desigualdades o inequidades en salud son las diferencias sistemáticas en salud, evitables e injustas, entre diferentes grupos socioeconómicos, dentro de una misma sociedad [1]. Son el resultado final de la diferente situación en relación a los determinantes sociales de la salud, es decir, las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan y se desarrollan, y que tienen un impacto sobre su nivel salud [2,3,4].

Los determinantes sociales de la salud influyen no sólo en el acceso a los recursos y oportunidades para mantener o restaurar la salud, sino también en el control sobre los mismos, generando diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los diferentes grupos poblacionales que se traducen en incrementos en las tasas de mortalidad y morbilidad. Los problemas de equidad son universales y también se han encontrado en España [5]. Al tener su causa en la organización política y social, su abordaje concierne al conjunto de la sociedad y sin duda a todos los profesionales vinculados a la salud de la población [1,6].

Considerando lo publicado en el artículo de Hernández-Aguado y otros (2012), sabemos que el principal enfoque para la reducción de las desigualdades sociales en salud debe hacerse desde los determinantes estructurales y en particular desde políticas públicas en su conjunto. No obstante, el sistema de salud tiene un papel importante incluso en países que tienen un sistema universal de acceso gratuito. Por una parte, pueden atenuar las desigualdades en salud y reducir su efecto en el pronóstico de los problemas de salud, por otra, pueden intervenir en la esfera pública mediante acciones de promoción de la salud y abogando por la reducción de las desigualdades sociales. Dentro del sistema de salud, los dispositivos de Atención Primaria son los más cercanos a la comunidad, de ahí que constituyan el primer y más importante punto de contacto entre el sistema sanitario y la población [6]. A través de intervenciones específicas, desarrolladas desde el ámbito de la Atención Primaria se puede brindar una atención adecuada y proporcional a las necesidades de cada persona de acuerdo con los condicionantes sociales

de la salud. Una Atención Primaria sólida se asocia con un mejor acceso, una mayor calidad de la atención y con mejores resultados en salud. La evidencia también muestra que aquellas intervenciones que fortalecen específicamente la Atención Primaria para mejorar el acceso tienen un impacto en la mejora de la equidad en salud [7]. Dadas las características intrínsecas definidas por la Dra Bárbara Starfield (accesibilidad, longitudinalidad, coordinación e integridad), la Atención Primaria es el medio idóneo para realizar intervenciones que reduzcan las inequidades, ya que los equipos de Atención Primaria pueden mitigar el efecto de los determinantes sociales de la salud al abordar los aspectos psicosociales de la salud de los pacientes [1,8]. Por tanto, con todo lo comentado, podemos observar que las desigualdades en diferentes ámbitos es algo implícito a la sociedad y que la Atención Primaria presenta un papel fundamental a este nivel.

La evidencia científica disponible hasta el momento sobre qué intervenciones son eficaces para reducir las desigualdades en salud en la práctica sanitaria general no es concluyente. Se han realizado algunas revisiones sistemáticas al respecto, mostrando que aquellas intervenciones más exitosas en términos de reducción de inequidades son las que incluyen un enfoque sistemático, multidisciplinar, facilitan el acceso a los recursos y la adaptación a las necesidades de la población atendida, así como la participación de la comunidad, entre otros factores. Evidencia adicional muestra que la toma de decisiones compartida en la Atención Primaria podría reducir las desigualdades socioeconómicas al beneficiar particularmente a los grupos desfavorecidos a través de una mayor educación sanitaria, toma de decisiones informadas y una mayor participación. Sin embargo, a pesar de ello, todavía hay muy poca orientación sobre cómo los equipos de Atención Primaria pueden abordar las desigualdades en salud desde su práctica clínica diaria [1].

Es por ello, que el objetivo de este trabajo es identificar y describir las diferentes intervenciones específicamente diseñadas y llevadas a cabo desde los equipos de Atención Primaria para la reducción de las inequidades en salud.

Material y métodos:

Estrategia de búsqueda:

Se llevó a cabo una “scoping-review” o revisión de alcance a través de la base de datos PubMed. A partir de la lectura preliminar de la evidencia disponible, se elaboró la siguiente ecuación de búsqueda con el fin de obtener toda la literatura disponible sobre intervenciones realizadas en el contexto de Atención Primaria que tuvieran como objetivo la reducción de las inequidades en salud: ("primary care"[Title/Abstract] OR "primary Health care"[Title/Abstract] OR "general practice"[Title/Abstract]) AND (equity[Title/Abstract] OR inequality[Title/Abstract] OR inequalities[Title/Abstract]) AND (intervention[Title/Abstract] OR interventions[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract]).

Selección de estudios:

A través de la ecuación de búsqueda, se obtuvieron 1250 resultados de los cuales, tras la lectura del título y resumen, 143 artículos cumplían los criterios de inclusión (Figura 1). La selección de estos se realizó mediante revisión por pares, revisando cada pareja del equipo investigador (formado por 4 personas) 625 artículos. Tras la revisión de los primeros 201 artículos, se modificaron los criterios de inclusión para adaptarlos a todos los supuestos de intervenciones y experiencias. Posteriores modificaciones menores para clarificar los criterios se llevaron a cabo por consenso. De los artículos seleccionados, aquellos en los que había dudas respecto a su inclusión en el estudio se realizó la lectura por pares del texto completo y entre todos los miembros del equipo investigador se decidió si finalmente cumplía o no los

criterios establecidos. Hubo un total de 110 discrepancias que se resolvieron por consenso entre los pares. Tras el primer cribado, en una segunda fase se revisó el texto completo distribuyendo los artículos entre las personas del equipo investigador que nuevamente solventaron cualquier discrepancia por consenso. Finalmente, se incluyeron 51 artículos.

Se incluyeron artículos que trataban sobre intervenciones diseñadas específicamente para la prevención o reducción de las inequidades en salud en el ámbito de la Atención Primaria, tanto si las intervenciones se dirigían a la práctica clínica como a intervenciones en el entorno comunitario. Los estudios debían haber realizado una evaluación cualitativa o cuantitativa de los resultados a nivel de equidad en salud, bienestar o uso de servicios en uno o varios de los ejes de inequidad, bien fuese a nivel socioeconómico, género, etnia, origen, etc. Aquellas intervenciones donde el grupo objetivo era vulnerable o que estaban basadas en la prescripción social, también fueron incluidas, siempre y cuando el objetivo principal explicitara la reducción de las desigualdades. También se incluyeron intervenciones de cualquier carácter de mejora de la Atención Primaria, como por ejemplo intervenciones basadas en incentivos o estudios que valoran la incorporación de personal, si entre los objetivos figuraba reducir las desigualdades en salud. Las intervenciones cuyos resultados se valoran en otro artículo, también fueron incluidas siempre y cuando cumpliesen los criterios de inclusión mencionados. Se incluyeron artículos redactados en inglés, español, francés, italiano o portugués.

Se excluyeron artículos no originales, los estudios de carácter descriptivo, las revisiones narrativas, protocolos, los que comparan modelos existentes o aquellos donde el objetivo no fuese evaluar el impacto en equidad de las intervenciones. Los estudios que no quedaban enmarcados dentro de la Atención Primaria fueron excluidos. Los artículos que trataban sobre investigaciones estratégicas dirigidas a ampliar la cobertura de los servicios de atención en salud y las acciones concretas en el tiempo llevadas a cabo por organizaciones internacionales dirigidas exclusivamente a poblaciones vulnerables fueron excluidas. Por último, quedaron

excluidas también las estrategias realizadas de manera vertical donde la intervención principal es independiente de la Atención Primaria.

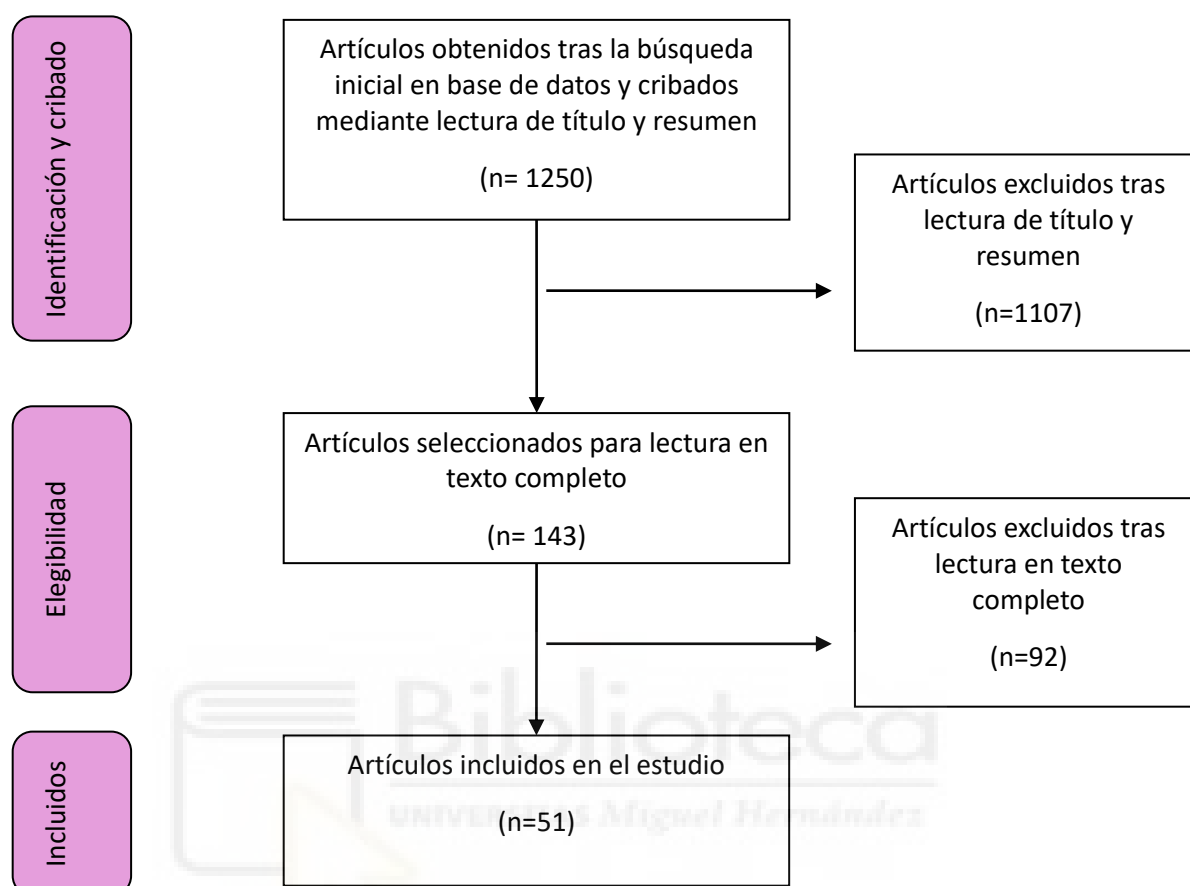


Figura 1: diagrama de flujo para la identificación de intervenciones que reduzcan las inequidades en salud desde el ámbito de Atención Primaria

Extracción de datos y síntesis:

La extracción de datos se llevó a cabo de forma estandarizada recogiendo las siguientes variables de cada artículo: año de publicación, país donde se ha implementado la intervención, objetivo, diseño del estudio, descripción de la intervención, población diana, periodo de actuación, recogida y análisis de los datos, tipo de evaluación, resultados, modelo teórico que hayan utilizado los autores, cómo se ha incorporado la equidad en la acción, promotores y si existen otros interesados, efectividad e impacto, retos y limitaciones de la intervención. Para la síntesis de los datos, se realizó un análisis descriptivo de las variables mencionadas anteriormente unificando los artículos en función de los siguientes aspectos comunes de la

intervención: país donde se ha realizado, duración, población diana, tipo de intervención, problema de salud abordado, tipo de evaluación y resultado en términos de equidad en salud. Debido a que algunos estudios no incluyeron variables de resultados en salud, se han empleado variables indirectas para la valoración de éstos en términos de equidad en salud obteniendo así resultados de una manera aproximada. Un ejemplo de ello es el estudio de las tasas de vacunación frente al COVID en una población vulnerable donde la variable resultado real que se pretende estudiar es la mejora en salud con reducción de la prevalencia de la infección.

Para la descripción de resultados, se incluye entre corchetes el número identificativo de la publicación de la intervención analizada.

Resultados:

Tras introducir la ecuación de búsqueda en PubMed, obtuvimos 1250 artículos de los cuales leímos título y resumen excluyendo así 1107. Los restantes 143 los leímos a texto completo, incluyendo finalmente en el estudio 51 artículos. En el Anexo 1 se encuentra información más detallada de los artículos incluidos en esta revisión de alcance.

De los artículos incluidos, se observó que la mayoría de las intervenciones se llevaron a cabo en Estados Unidos con quince estudios (29,4%), seguido de Reino Unido con doce (23,5%). A nivel de la Unión Europea, España fue el país donde más intervenciones se realizaron con cuatro (7,8%). Agrupando ahora por continente, en África constan cuatro estudios (7,8%), en Asia dos (3,9%) y en sud América uno (1,9%), realizado concretamente en Brasil (Tabla 1).

Pasando a la duración de las intervenciones, lo dividimos en las que duraron menos de medio año, que fueron siete (13,7%), entre seis y doce meses hubo diez estudios (19,6%), entre trece y veinticuatro meses hubo ocho (15,7%) y, finalmente, el grupo más numeroso fue el de las

intervenciones que se prolongaron más de dos años con veinte artículos (39,2%). En un 11,7% de los artículos no se describió el periodo de tiempo de la intervención o este era variable (Tabla 1).

Las intervenciones se dirigían a diferentes grupos poblacionales y, por ello, establecimos las siguientes poblaciones diana: inmigrantes, población aborigen, mujeres de zonas con bajos ingresos, personas de zonas con bajos ingresos o comunidades excluidas (incluyendo minorías sexuales y de género), personas con patologías crónicas pertenecientes a zonas desfavorecidas socioeconómicamente, población atendida por los servicios de Atención Primaria y, por último, personas con enfermedades desatendidas. La mayoría de las intervenciones se dirigieron al grupo de personas de zonas con bajos ingresos o comunidades excluidas, siendo veintiocho los artículos (54,9%). Seguidamente, fueron nueve (17,6%) los estudios que se centraron en personas con patologías crónicas pertenecientes a zonas desfavorecidas socioeconómicamente. De los otros grupos poblacionales comentados, hubo seis intervenciones dirigidas a población atendida por los servicios de Atención Primaria (11,7%), cinco a población inmigrante (9,8%), tres a población aborigen (5,8%), tres a mujeres de zonas con bajos ingresos (5,8%) y, únicamente una intervención para tratar de abordar las enfermedades menos atendidas (1,9%) (Tabla 1).

Los tipos de intervenciones que se llevaron a cabo fueron muy diversos, las más frecuentes consistían en programas multicomponente de intervención preventiva o de gestión de pacientes con formación del personal (43,1%). Siguiendo en frecuencia con trece estudios (25,5%), encontramos las intervenciones basadas en trabajadores u oficiales sanitarios comunitarios (CHO) proveedores de servicios de extensión comunitaria y mediadores sanitarios o agentes de enlace comunitario (CLP). Otros tipos de intervenciones fueron aquellas cuyo objetivo era mejorar el acceso de los grupos vulnerables a la Atención Primaria (15,7%), las que consistían en la existencia de un navegador de pacientes (llamado también trabajador de

enlace, navegador de cuidados y Oficiales de Enlace Aborígenes (ALO)) (9,8%), las que pretendían implantar un programa de prevención o detección del cáncer (9,8%) o las basadas en incentivos para de este modo mejorar la calidad asistencial y manejo de las enfermedades crónicas (9,8%) (Tabla 1) (Mirar Anexo 1 para más detalles).

Como hemos comentado, las intervenciones fueron múltiples, al igual que los problemas de salud que trataban de abordar. Aumentar la participación en programas de prevención (17,6%) y mejorar el acceso a la Atención Primaria (21,5%), fueron objetivos comunes que figuraban en varias de las intervenciones. Otro de los objetivos más tratados fue mejorar la educación sanitaria, la autogestión o el apoyo y la participación social (15,7%). Después existen otra serie de objetivos más centrados en patologías o necesidades concretas como, por ejemplo, atención personalizada a minorías étnicas, inmigrantes y pacientes en tratamiento de sustitución de opiáceos (13,7%), control de la diabetes tipo 2 (9,8%), atención sanitaria a la mujer mediante salud sexual y reproductiva o salud mental (9,8%) o abordaje de las necesidades sociales (7,8%), entre otros (Tabla 1) (Mirar Anexo 1 para más detalles).

A la hora de evaluar los resultados, el método más empleado fue mediante comparación previa y posterior a la implementación de la intervención (29,4%), seguido de la evaluación sin grupo de comparación (27,4%) y mediante ensayo aleatorio controlado (21,5%) (Tabla 1).

Los resultados que se obtuvieron tras la evaluación de la intervención en términos de salud fueron los siguientes: se objetivó equidad sanitaria mediante una variable indirecta en veintitrés estudios (45%), se observaron también mejorías en el uso del sistema sanitario o social y de los programas preventivos de cribado del cáncer en otros veintitrés estudios (45%), los pacientes refirieron bienestar o satisfacción con el servicio sanitario en doce de los estudios (23,5%) y, por último, se observaron signos de equidad en salud en seis estudios (11,7%) (Tabla 1).

Tabla 1: Descripción de las principales características de las 51 intervenciones analizadas diseñadas para prevenir o reducir las desigualdades en salud en Atención Primaria.

		n	%	Referencias	
País de origen (trabajo de campo)	Estados Unidos	15	29,4	[5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 22, 26, 39, 40, 44, 51]	
	Reino Unido	12	23,5	[1, 2, 12, 29, 31, 36, 37, 41, 43, 46, 48, 49]	
	Canadá	5	9,8	[11, 19, 27, 33, 35]	
	Australia/ Nueva Zelanda	4	7,8	[4, 19, 38, 45]	
	UE	España	4	7,8	[7, 21, 25, 34]
		Dinamarca	2	3,9	[24, 30]
		Suecia	1	1,9	[23]
		Hungría	1	1,9	[28]
		Holanda	1	1,9	[50]
	África (Ghana, Sudáfrica y Ruanda)	4	7,8	[3, 20, 32, 42]	
	Asia (India y China)	2	3,9	[14, 47]	
Brasil	1	1,9	[16]		
Duración de la intervención	< 6 meses	7	13,7	[8, 9, 22, 24, 41, 43, 48]	
	6-12 meses	10	19,6	[1, 2, 11, 14, 17, 18, 29, 38, 40, 50]	
	13-24 meses	8	15,7	[6, 13, 15, 16, 25, 26, 35, 49]	
	>24 meses	20	39,2	[3, 4, 5, 10, 12, 21, 23, 28, 30, 31, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 45, 46, 47, 51]	
	Otros: no descritos/ falta de datos (197, 392, 503); varios (intervención en múltiples sitios, 359); no aplicable (618); varios (entre 4 y 14 meses, 711)	6	11,7	[7, 19, 20, 27, 33, 36]	
Población diana	Inmigrantes o poblaciones con un alto porcentaje de inmigrantes	5	9,8	[6, 10, 18, 44, 50]	
	Población aborígen	3	5,8	[4, 38, 45]	
	Mujeres de zonas con bajos ingresos	3	5,8	[3, 34, 51]	
	Personas de zonas con menos ingresos o comunidades excluidas (incluye minorías sexuales y de género)	28	54,9	[1, 5, 9, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49]	
	Personas con enfermedades crónicas y pertenecientes a poblaciones con un nivel socioeconómico bajo o de áreas desfavorecidas.	9	17,6	[2, 7, 8, 18, 22, 23, 31, 36, 39]	
	Población atendida por los servicios de	6	11,7	[11, 16, 27, 30, 37,	

	Atención Primaria o relacionados			46]
	Enfermedades desatendidas	1	1,9	[14]
Tipo de intervención	Apoyo a las decisiones clínicas, directrices de apoyo a las decisiones y protocolos normalizados	1	1,9	[45]
	Reducción o supresión del copago de medicamentos	1	1,9	[4]
	Incentivos financieros o no pecuniarios para que los médicos traten las enfermedades crónicas/ Mejora de la calidad de la Atención Primaria basada en incentivos	5	9,8	[4, 12, 30, 42, 46]
	Colaboración clínico-comunitaria para apoyo medicolegal o de servicios sociales	3	5,8	[13, 17, 49]
	Prescripción social	2	3,9	[2, 26]
	Navegador de pacientes (incluye también los llamados trabajador de enlace, y navegador de cuidados, Oficiales de Enlace Aborígenes (ALO))	5	9,8	[18, 22, 36, 40, 44]
	Trabajadores u oficiales sanitarios comunitarios (CHO); proveedores de servicios de extensión comunitaria. Mediadores sanitarios o agentes de enlace comunitario (CLP)	13	25,5	[1, 2, 3, 6, 20, 28, 29, 32, 37, 39, 43, 48, 51]
	Intervenciones educativas en materia de salud	4	7,8	[7, 25, 37, 39]
	Enfermeras de enlace o de gestión de casos	1	1,9	[7]
	Programas multicomponente de intervención preventiva o de gestión de pacientes con formación del personal	22	43,1	[5, 8, 9, 14, 15, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 43, 44, 45, 47, 51]
	Enfoque cultural y lingüístico de los pacientes inmigrantes	3	5,8	[10, 18, 50]
	Programa de monitorización a distancia para ayudar a los pacientes de la pandemia de Covid-19	2	3,9	[11, 17]
	Implantación de un programa de prevención o detección del cáncer	5	9,8	[16, 40, 41, 44, 51]
	Intervención para mejorar el acceso de los grupos vulnerables a la Atención Primaria	8	15,7	[17, 19, 23, 37, 42, 43, 47, 48]
	Intervención sanitaria comunitaria para mejorar el apoyo social	2	3,9	[21, 25]
Problema de salud (tema)	Aumentar la participación en programas de prevención	9	17,6	[1, 15, 16, 24, 28, 40, 41, 44, 51]
	Control de diabetes tipo 2	5	9,8	[2, 7, 18, 30, 39]
	Atención sanitaria a la mujer: salud sexual y reproductiva o salud mental	5	9,8	[3, 6, 9, 15, 34]
	Intervención para dejar de fumar	2	3,9	[5, 16]
	Factores de riesgo cardiovascular o enfermedades	3	5,8	[4, 37, 43]
	Enfermedades desatendidas	1	1,9	[14]

	Acceso a la Atención Primaria	11	21,5	[3, 4, 12, 17, 19, 28, 29, 42, 43, 45, 48]
	Atención personalizada a minorías étnicas, inmigrantes y pacientes en tratamiento de sustitución de opiáceos	7	13,7	[4, 10, 18, 23, 33, 35, 50]
	Mejorar la educación sanitaria, la autogestión o el apoyo y la participación social	8	15,7	[21, 25, 28, 34, 36, 37, 39, 43]
	Otros			
	Inmigración	1	1,9	[13]
	Sobrepeso y obesidad	1	1,9	[31]
	Mejorar cobertura vacunal	2	3,9	[8, 38]
	Asistencia sanitaria comunitaria en el contexto de la pandemia de Covid-19	2	3,9	[11, 17]
	Confianza entre pacientes, trabajadores sanitarios comunitarios o instituciones sanitarias.	2	3,9	[20, 33]
	Personas aisladas por barreras arquitectónicas	1	1,9	[21]
	Detección del trastorno del espectro autista en Atención Primaria	1	1,9	[22]
	Abordar las necesidades sociales	4	7,8	[17, 26, 29, 49]
	Salud y mortalidad infantil	2	3,9	[32, 47]
	Múltiples problemas de salud	3	5,8	[27, 42, 46]
Tipo de evaluación (diseño del estudio)	Evaluación mediante ensayo aleatorio controlado	11	21,5	[22, 24, 25, 31, 40, 41, 42, 44, 49, 50, 51]
	Evaluación cuasiexperimental con grupo de intervención y grupo de control paralelo	5	9,8	[1, 3, 12, 29, 32]
	Evaluación mediante comparación previa y posterior a la intervención	15	29,4	[4, 5, 9, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 28, 39, 42, 45, 46, 47]
	Evaluación sin grupo de comparación	14	27,4	[4, 7, 8, 10, 13, 16, 17, 20, 27, 34, 35, 37, 43, 48]
	Análisis cualitativo	8	15,7	[13, 20, 27, 34, 35, 36, 38, 48]
	Evaluación de métodos mixtos: con entrevistas y grupos de discusión	4	7,8	[2, 11, 19, 43]
	Estudio descriptivo retrospectivo sin grupo de comparación	1	1,9	[6]
	Estudio de cohortes retrospectivo	4	7,8	[23, 26, 30, 33]
	Estudio observacional transversal	1	1,9	[37]
Resultados de la evaluación	Equidad en salud	6	11,7	[3, 4, 7, 32, 47, 48]
	Equidad sanitaria mediante una variable indirecta	23	45	[1, 3, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 23, 31, 34, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 46, 49]
	Bienestar del paciente o satisfacción con el	12	23,5	[2, 9, 10, 13, 20, 21,

	servicio sanitario			25, 33, 36, 37, 48, 50]
	Mejora del uso del sistema sanitario o social o mejora de los programas preventivos de cribado del cáncer	23	45	[4, 7, 9, 11, 17, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 51]

Discusión:

Esta investigación muestra que hay una gran variedad de intervenciones dirigidas a abordar las inequidades en salud desde la Atención Primaria. Con el estudio y análisis de los resultados, hemos observado que la mayoría de las intervenciones se centran en facilitar la participación en programas de prevención y mejorar el acceso a la Atención Primaria. El tipo de intervención más frecuente para tratar de conseguir estos objetivos fue mediante programas multicomponente, es decir, aquellos que aplican varias acciones complementarias para alcanzar los objetivos.

Hay que subrayar que, el hecho de que la mayor parte de los estudios se hayan realizado en países donde no cuentan con un sistema nacional de salud, hace que bastantes de las intervenciones estuviesen diseñadas a aumentar la cobertura de la Atención Primaria a grupos vulnerables y no sean directamente aplicables en nuestro medio donde sí contamos con un sistema de cobertura universal. Sin embargo, no hay que olvidar que en nuestro entorno también hay grupos particularmente vulnerables que requieren acciones singulares y quizá alguna de las intervenciones revisadas en la investigación que se han mostrado efectivas fuese posible contextualizarlas en nuestro medio. De hecho, hay algún ejemplo de intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables en España que podrían extenderse apoyándose en acciones basadas en pruebas científicas. En la Comunidad Valenciana, en el periodo 2008-2009, se desarrolló el proyecto RIU consistente en una intervención participativa en salud en un barrio de elevada vulnerabilidad. Este proyecto demuestra la importancia de trabajar de manera conjunta con los tres agentes del cambio: directivo-político, profesional-técnico y la población a la que va dirigida el proceso [9]. La congruencia de estos tres pilares resulta fundamental para

que una intervención sea efectiva. Únicamente cuatro de las investigaciones analizadas se han llevado a cabo en España, lo cual indica la necesidad de una mayor investigación que refuerce este tipo de actuaciones.

Existen una serie de recomendaciones realizadas por parte del Ministerio de Sanidad para reducir las desigualdades en el acceso y calidad asistencial entre las que constan aumentar los recursos y la orientación del sistema sanitario hacia la Atención Primaria de Salud y avanzar a su vez en la orientación comunitaria de la Atención Primaria, reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria [10]. Algunas de las intervenciones incluidas en nuestro estudio coinciden con las recomendaciones realizadas por el Ministerio, aunque pocas son las que se basan en cambios aplicables directamente a las organizaciones de Atención Primaria. No obstante, sí que es cierto que algunas de las intervenciones evaluadas, aunque sea en otros contextos, basadas en medidas concretas, como la creación de figuras de trabajadores de salud comunitarios, y algunas de ellas tan sencillas, como incluir la declaración de apoyo del médico de Atención Primaria en las cartas de invitación a los cribados de cáncer, han resultado de utilidad en términos de salud comunitaria mejorando el acceso y la cobertura de las necesidades de la población, la adherencia a los tratamientos o fomentando la educación sanitaria, entre otros.

Cabe decir que este estudio tiene ciertas limitaciones. La búsqueda de artículos únicamente se realizó en una base de datos, si bien la extensa cifra de 1250 artículos incluida y el tipo de criterios de inclusión empleados, indican que la sensibilidad de la búsqueda haya sido alta. Por otra parte, de los artículos obtenidos trece eran revisiones sistemáticas que finalmente no se incluyeron en el análisis. La razón de no incluirlas fue debido a que en una de ellas se estudiaron y revisaron todas las referencias incluidas y la mayoría no cumplían los criterios para entrar en este estudio y algunas de las que sí cumplían ya estaban incluidas en nuestra selección de artículos. Otra de las revisiones estaba principalmente centrada en cuestiones de

salud mental desarrolladas en atención especializada. Esta baja sensibilidad de detección de artículos que cumplieren los criterios de inclusión llevó a tomar la decisión de no incluir las revisiones sistemáticas. Bien es cierto que al excluirlas podríamos no haber detectado algún artículo que sí cumpliera los criterios de inclusión establecidos, pero consideramos que la búsqueda y selección de artículos fue lo suficientemente amplia y sensible como muestra el número de artículos revisados y el finalmente incluidos. Para reforzar la sensibilidad de la búsqueda, en la fase inicial de selección de los artículos, si surgía cualquier mínima duda sobre su inclusión, ese artículo pasaba a lectura completa y durante todo este proceso inicial se comparaban los resultados por pares, considerando a su vez estos dos hechos como fortalezas.

Podría haber alguna duda sobre la exactitud de los datos incluidos en la tabla de análisis descriptivo, ya que se realizó por parte de los cuatro investigadores y esto podría haber dado lugar a variaciones en la extracción de los datos. No obstante, cabe decir que durante el proceso de recogida de datos se realizaron simultáneamente múltiples reuniones para tratar de ajustar el método de recogida a una forma única y común y, ante cualquier duda en alguno de los artículos esta debía ser expuesta al resto de los investigadores, dando esto último mucha solidez a nuestro estudio en cuanto a reproducibilidad de los resultados obtenidos. Las dudas más frecuentes que surgieron durante la extracción de datos fueron en relación con el diseño del estudio, tipo de evaluación y el problema u objeto a estudio.

La pertinencia de realizar este estudio que ofrece una visión global de lo realizado en cuestión de igualdad en la Atención Primaria hasta el momento radica en saber de dónde venimos, en qué punto nos encontramos, conocer el diseño y utilidad de las intervenciones llevadas a cabo y, de este modo, poder desarrollar en el futuro intervenciones a medida basadas en las necesidades de la población siendo conocedores de cuáles son los métodos más efectivos. Un estudio previo realizado por DeVoe y otros (2016), comenta que el registro de los datos sobre los determinantes sociales de la salud en las historias clínicas electrónicas puede no ser

suficiente para conseguir cambios significativos. A lo que debemos aspirar es a identificar los flujos de trabajo basados en la evidencia para que de este modo los equipos de Atención Primaria puedan hacer uso de estos datos recopilados con un propósito en la atención clínica. Es importante conocer los determinantes sociales de cada uno de los pacientes, pero ninguna utilidad práctica tiene conocerlos si no sabemos cuáles son los que influyen más en los resultados sanitarios, cómo presentarlos en la historia clínica electrónica para maximizar su utilidad, en qué etapas de los procesos de trabajo en el ámbito clínico deberían estar los datos disponibles y en qué formato, y cómo pueden los equipos asistenciales aprovecharlos de manera más efectiva [11]. Por tanto, se requiere más investigación para conocer con exactitud todo lo que engloba a los determinantes sociales de la salud, para conocer las percepciones de nuestros profesionales sanitarios y pacientes y desarrollar así medidas efectivas dirigidas a la comunidad.

Nuestro estudio tiene diversas implicaciones en investigación, ya que ha plasmado las pocas intervenciones realizadas en nuestro país, sin embargo, la insuficiente investigación no puede servir de pretexto para no implementar intervenciones, ya que como hemos podido observar en nuestro estudio algunas de ellas sí son aplicables.

No debemos olvidar el papel fundamental que presentan en todo momento los equipos de profesionales de los centros de Atención Primaria. Un estudio concluyó que los cambios en la estructura organizativa y las demandas cambiantes de los y las pacientes influían en la confianza de los médicos y médicas de Atención Primaria para enfrentar las desigualdades en salud, influyendo esto en la percepción de su obligación [12]. Por tanto, debemos entrelazar la medicina clínica y la medicina social, aquella que nos permite contextualizar los cuidados de los y las pacientes para conseguir objetivos centrados en la equidad y sostenibilidad [13], aunque en ocasiones resulte más difícil de manejar que las patologías puramente biológicas. Como dijo

William Osler: “El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”.



Conclusiones:

1. Esta investigación ha puesto de manifiesto que hay una amplia variedad de acciones ensayadas y evaluadas sobre cómo incorporar la equidad en Atención Primaria.
2. La mayoría de ellas han estado motivadas por la falta de acceso a los servicios de salud en países que no cuentan con sistemas nacionales de salud de libre acceso, lo cual limita su aplicabilidad en contextos donde sí gozan de un sistema sanitario con cobertura universal.
3. La panorámica de los estudios hasta ahora realizados sobre equidad en Atención Primaria muestra que es necesaria más investigación sobre la cuestión en España que cuenta con centros de salud en los que las cuestiones organizativas y de trabajo en equipo son fundamentales.
4. La necesidad de investigación no es óbice para que sea imprescindible aplicar las evidencias disponibles diseñando estrategias integrales de reducción de desigualdades en la Atención Primaria de salud.
5. Muchas de las intervenciones estudiadas coinciden con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en la necesidad de fortalecer la Atención Primaria y avanzar hacia una orientación comunitaria.
6. Para desarrollar intervenciones efectivas es necesario conocer con exactitud todo lo referente a los determinantes sociales de la salud y trabajar de manera conjunta desde el ámbito político, sanitario y poblacional.
7. En el epicentro de toda intervención se debe encontrar el sistema de salud, en concreto los profesionales sanitarios de los servicios de Atención Primaria, que deben desempeñar sus funciones desde una visión mixta de la medicina clínica y social, para así lograr mejores resultados en términos de salud.

Bibliografía:

1. Ford JA, Gkiouleka A, Kuhn I et al. Reducing health inequalities through general practice: protocol for a realist review (EQUALISE). *BMJ Open*. 2021;11(6):e052746.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2009. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf. Consultado el: 29/01/2024.
3. Ruiz-Álvarez M, Aginagalde-Llorente AH, Del Llano-Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2022;96:e202205041.
4. WHO Commission on Social Determinants of Health, and World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. World Health Organization, 2008. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Consultado el: 29/01/2024.
5. Soler-González J., Fernández-de Sanmamed M.J., Gérvas J. La equidad en la consulta clínica. Propuestas a pacientes, profesionales, gestores y políticos para limitar la discriminación. *Rev Calid Asist*. 2015;30(3):108-116.

6. 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(S1):6-13.
7. Ruano AL, Furler J, Shi L. Interventions in Primary Care and their contributions to improving equity in health. Int J Equity Health. 2015;14:153.
8. Rosas-Prieto AM, Narciso-Zarate V, Cuba-Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta méd. peruana. 2013;30(1):42-7.
9. Paredes-Carbonell JJ, Aviñó-Juan-Ulpiano D, Peiró-Pérez R, Bosch-Vercher C, Ramo-Chordà I, Palop-Larrea V, Sanz-Bou R. Projecte RIU: un riu de cultures, un riu de salut. Una proposta de intervenció en salut en entorns vulnerables. Comunitat. 2011.
10. 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.
11. 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;14(2):104-8.
12. 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:e20.
13. Behforouz HL, Drain PK, Rhatigan JJ. Rethinking the social history. N Engl J Med. 2014;371(14):1277-9.

Anexos:

Anexo 1: Descripción de la intervención de los artículos incluidos en la revisión de alcance.

Número del artículo	Descripción de la intervención
1	<p>El Trabajador de Salud y Bienestar Comunitario (CHWW por sus siglas en inglés) es un programa basado en la Estrategia de Salud Familiar Brasileña. Es universal, integral e integrado tanto en la Atención Primaria como en la autoridad local. Sus características clave son: (1) personas locales no profesionales, capacitadas y remuneradas; (2) realización proporcionalmente universal de alcance comunitario por área geográfica (aproximadamente 150 hogares por Trabajador de Salud y Bienestar en un área definida), con visitas mensuales a los hogares independientemente de la necesidad o demanda; (3) brindar apoyo integral a nivel del hogar; y (4) estar completamente integrado en el equipo de Atención Primaria y la autoridad local.</p>
2	<p>El servicio de prescripción social está dirigido a personas en edad media y temprana vejez, con al menos una de seis condiciones crónicas calificadas. Tras ser referidos por una de las consultas de médicos generales participantes, a los pacientes se les asignaba un trabajador de enlace. En su primera reunión, el trabajador de enlace utilizaba un instrumento de evaluación para ayudar a los clientes a evaluar su situación actual, incluyendo 'estilo de vida' y 'finanzas'. Con base en esta evaluación, se acordaba un plan de acción personalizado, tras lo cual se esperaba que el trabajador de enlace apoyara a los pacientes para acceder a servicios comunitarios locales relevantes, o en algunos casos, para apoyarlos en el desarrollo de programas auto dirigidos.</p>
3	<p>El Programa de Intervención en Salud Esencial de Ghana (GEHIP, por sus siglas en inglés) se implementó en respuesta a los desafíos del Programa de Planificación y Servicio de Salud Basado en la Comunidad de Ghana (CHPS). Este se convirtió en un programa nacional en el 2000 después de ensayos de campo que demostraron su capacidad para mejorar el acceso a la Atención Primaria de salud en zonas rurales y remotas del país. CHPS es un enfoque comunitario para la prestación de Atención Primaria de salud (especialmente para comunidades remotas) que implica la asignación de enfermeras llamadas Oficiales de Salud Comunitaria (CHOs, por sus siglas en inglés) en ubicaciones definidas de la comunidad rural. Los trabajadores de CHPS participan en actividades de alcance comunitario, atención a domicilio y movilización comunitaria para la promoción y educación en salud. Una década después, la ampliación fue lenta y limitada por una serie de limitaciones técnicas, logísticas y financieras para aumentar la cobertura a nivel de distrito. Intentando resolver esto, se implementó GEHIP con la intención de demostrar formas prácticas de mejorar la ampliación y el funcionamiento de CHPS.</p>
4	<p>La reforma, "Programa de Incentivos a la Práctica de Salud Indígena" (IPIP, por sus siglas en inglés), comprendía: (a) una reducción o abolición de los copagos de medicamentos con receta para los pueblos indígenas que viven con o están en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica, y (b) la introducción de incentivos financieros para que las prácticas de Atención Primaria entreguen y coordinen la atención de enfermedades crónicas en sus pacientes indígenas. En conjunto, se espera que la reducción del copago para los pacientes y el aumento de la subvención a las prácticas de Atención Primaria aumenten el uso de recetas y la gestión de enfermedades crónicas en el ámbito de la Atención Primaria. Esto, a su vez, podría reducir el uso de servicios especializados relativamente más costosos,</p>

	debido a la sustitución o la reducción de la necesidad de servicios especializados.
5	Programa multicomponente de intervención en tabaquismo dirigida a cerrar la brecha en el acceso en Atención Primaria. La intervención se basa en el uso de la historia clínica electrónica para: valoración del hábito tabáquico; consejo; oferta de tratamiento; y, derivación electrónica a recursos para dejar de fumar. Todo ello se complementa con funciones añadidas diseñadas para abordar las limitaciones de estrategias anteriores.
6	‘Mi Plan’ es un piloto de asesoramiento en salud sexual y reproductiva liderado por trabajadores de salud comunitarios (CHW, por sus siglas en inglés) y navegación de recursos anticonceptivos, basado en una práctica de Atención Primaria pediátrica. Hipotetizamos que las madres de habla hispana se identificarían por sí mismas como necesitadas de información o servicios anticonceptivos en el entorno pediátrico porque acceden regularmente a la atención para su hijo/a y participan con el clínico y el equipo de atención de la salud de su hijo/a, especialmente durante los primeros años de vida. Hipotetizamos que un CHW bilingüe en el lugar podría proporcionar de manera factible asesoramiento anticonceptivo breve y conectar a mujeres de habla hispana con recursos anticonceptivos locales en aproximadamente tres meses desde el encuentro inicial. Se implementó en una sola práctica de Atención Primaria pediátrica en Baltimore que consta de personal, 10 clínicos pediátricos, 15 residentes pediátricos, estudiantes de medicina y dos trabajadores sociales bilingües.
7	La población de áreas clasificadas como ASTN (Zonas con Necesidades de Transformación Social) recibió intervenciones educativas en alfabetización en salud, abordando diferentes temas según sus necesidades. Asimismo, se identificaron familias con necesidades especiales de atención debido a su vulnerabilidad y riesgo. Se asignó un profesional (médico, enfermero/a o trabajador social) a cada una de estas familias para supervisar la atención médica recibida y evaluar sus necesidades. Entre el personal de enfermería específico, se implementó la figura de enfermeras de enlace o enfermeras de gestión de casos. Fueron capacitadas específicamente para ampliar las habilidades relacionadas con la entrevista clínica y motivacional, la detección de riesgos tanto de salud como sociales, el cuidado familiar y la gestión de cuidados altamente complejos en la comunidad. Esta formación ha seguido siendo impartida a lo largo de diferentes años.
8	La intervención multifacética consistió en: (1) una carta enviada por correo del médico de Atención Primaria del paciente respaldando la vacuna contra el COVID-19, (2) un sistema de llamadas/recuerdos para recordar a los pacientes sobre su elegibilidad para recibir la vacuna, (3) discusiones con un embajador de vacunas para abordar cualquier pregunta o duda con respecto a las vacunas, y (4) facilitación en tiempo real con la programación de una cita para la vacuna e información sobre dónde en la comunidad recibir o programar una vacuna.
9	Se introdujeron visitas dirigidas por enfermeras utilizando plantillas predefinidas, una herramienta para iniciar discusiones y una lista de verificación de atención inclusiva, con la garantía de equidad para cada métrica y un enfoque en la colaboración del equipo. Cuatro intervenciones principales se implementaron simultáneamente durante cuatro ciclos de 2 semanas, con un enfoque en la atención equitativa. Las intervenciones principales se centraron en la utilización de visitas, la comodidad del estudiante, el cumplimiento de las mejores prácticas y la colaboración del personal.
10	El Programa de Clínica Hispana de Cuidados de Salud (CHiCoS) es un programa de formación longitudinal centrado en el aprendizaje, basado en el trabajo para residentes de pediatría con al menos un nivel de competencia intermedio en español. El objetivo era

	proporcionar una experiencia de inmersión estructurada e intensiva basada en la tutoría individual durante y entre visitas clínicas en español, lo que llevaba a residentes bilingües que estaban formalmente preparados para brindar atención pediátrica segura y efectiva en español sin necesidad de apoyo de intérpretes.
11	COVIDCare@Home (CC@H) es un programa de monitoreo remoto multifacético y basado en equipos interprofesionales liderado por medicina familiar para pacientes diagnosticados con COVID-19, con sede en el Women's College Hospital (WCH), un centro académico ambulatorio en Toronto, Canadá. CC@H ofrece visitas virtuales (telefónicas y por video) para abordar las necesidades clínicas y los determinantes sociales más amplios de la salud de los pacientes durante la fase aguda de la infección por COVID-19, incluida la búsqueda de un proveedor de atención primaria (PCP) y apoyo para la inseguridad alimentaria.
12	Esquema de incentivos local desarrollado y ampliado en una ciudad en el noroeste de Inglaterra. Este esquema local se implementó además del esquema de incentivos a nivel nacional e involucró cuatro componentes clave: (1) un aumento en el nivel de financiamiento para las prácticas generales, (2) distribución de ese financiamiento proporcional al nivel de necesidad en las poblaciones atendidas por cada práctica, (3) un conjunto de objetivos de desempeño adaptados localmente, y (4) un marco de gobernanza supervisado por los propios médicos generales.
13	Se implementó una nueva herramienta de detección de necesidades legales y una intervención de referencia en una clínica académica de Atención Primaria en enero de 2018. La clínica comenzó a evaluar a todos los pacientes y familias que se presentaban para cualquier tipo de visita en busca de preocupaciones legales utilizando un cuestionario en papel en inglés o español según el idioma preferido del cuidador, con un intérprete disponible en video o en persona para evaluar verbalmente en todos los demás idiomas. El cuestionario evalúa múltiples necesidades sociales no satisfechas, como la inseguridad alimentaria. Para las familias que dan positivo en la evaluación, el proveedor evalúa si la familia desea ayuda. Para las familias que solicitan ayuda con un arrendador, vivienda o impuestos, se realiza una remisión a una asociación médico-legal (MLP) respaldada por la Corporación de Servicios Legales (LSC). Para las familias que solicitan ayuda con preocupaciones relacionadas con la inmigración, una herramienta de evaluación legal de inmigración novedosa, administrada por un trabajador social clínico con licencia (K.T.) debido a la sensibilidad del tema, determina la elegibilidad para la remisión a un bufete de abogados de inmigración local. Si alguna pregunta en la herramienta se responde con "sí", las familias son referidas al bufete de abogados de inmigración local que ofrece consultas a costos reducidos pagados por la clínica con financiamiento de subvenciones, y sin costo para la familia. Las familias que aceptan la remisión legal firman un formulario de autorización de divulgación de información de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), y un trabajador social clínico con licencia (K.T.) programa una cita de consulta legal.
14	Es un programa global para eliminar la filariasis linfática, basado en un entrenamiento intensivo para médicos y enfermeras de distritos seleccionados de Kerala.
15	Implementación de un programa general de cribado de infección gonocócica y clamidiasis para pacientes de 14 a 24 años, independientemente de los factores de riesgo, en todas las divisiones de Atención Primaria, incluyendo pediatría, medicina familiar, centros de salud escolares, medicina interna general y atención a la mujer (obstetricia y ginecología). Para pacientes de 14 a 17 años, las pruebas se realizaban en visitas de atención preventiva si no se habían realizado en el último año. Para pacientes de 18 a 24 años, las pruebas se realizaban en cualquier visita de Atención Primaria si no se habían realizado en el año

	anterior.
16	Profesionales de la salud de 18 unidades públicas de Atención Primaria en Barretos, Brasil, fueron capacitados para ofrecer asesoramiento y tratamiento para dejar de fumar. Los participantes de alto riesgo elegibles para este programa también fueron invitados a realizar un cribado de cáncer de pulmón en una unidad móvil de TC de baja dosis (LDCT) especialmente concebida para ser desplegada en la comunidad. Se administró un cuestionario epidemiológico detallado a los participantes de LDCT.
17	El programa Detroit MHU comenzó como una clínica de pruebas de SARS-CoV-2 de servicio rápido ubicada en refugios temporales en dos lugares fijos: uno en Detroit y otro en Dearborn, Michigan, durante la primera ola de la pandemia. A medida que el departamento de salud local estableció su propio sitio de pruebas de manejo a gran escala, nuestro equipo cambió su enfoque hacia pacientes de áreas socialmente vulnerables que podrían carecer de transporte o no poder acceder a dichos servicios. Trabajando con Ford X, el programa incubador de Ford Motor Company, comenzamos utilizando camionetas Ford Transit de stock para implementar un programa móvil de pruebas de manejo de SARS-CoV-2. A continuación, los resultados de las evaluaciones de forma y función en el campo llevaron al equipo de Ford X a equipar completamente su plataforma de camionetas Ford Transit para satisfacer mejor las necesidades de nuestro programa. A través de una subvención del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) y el generoso apoyo de la comunidad filantrópica, pudimos comprar y desplegar cinco vehículos equipados. La financiación del programa también cubrió el costo del personal y los materiales.
18	I-Care se desarrolló en Upstate para mejorar la equidad en salud para refugiados e inmigrantes que enfrentan una carga desproporcionada de enfermedades crónicas y muchas barreras para acceder al complejo sistema de atención médica. El enfoque de I-Care incluye lo siguiente: (1) atención integral centrada en la persona proporcionada por un equipo multidisciplinario coordinado por un administrador de cuidados designado para apoyar a pacientes refugiados e inmigrantes; y (2) colaboración con organizaciones comunitarias (CBOs) que trabajan con poblaciones de refugiados e inmigrantes para capacitar y apoyar a navegadores de salud comunitarios cultural y lingüísticamente alineados en alcance y defensa del paciente.
19	Desarrollo de diversas iniciativas para reducir las inequidades en cuatro ciudades canadienses. Cada una de las cuatro iniciativas tienen sus especificidades, si bien, todas ellas van dirigidas a incrementar el acceso a los servicios de poblaciones vulnerables.
20	En Sudáfrica, existe un programa nacional de trabajadores comunitarios de salud desde 2011. Su función es facilitar el vínculo entre las comunidades marginadas y el sistema de salud. Gran parte de su trabajo para llevar a las personas a los servicios de salud se basa en la confianza. Esta investigación se basa en los niveles de confianza entre los tres ejes (trabajadores comunitarios de salud, pacientes e institución de salud).
21	La intervención consistía en salidas semanales, facilitadas por voluntarios utilizando una silla de ruedas portátil. La coordinación y reclutamiento de voluntarios estuvo principalmente a cargo del Plan de Desarrollo Comunitario y la Cruz Roja. El equipo necesario para llevar a cabo las salidas, como sillas de ruedas y una silla de ruedas portátil, fue proporcionado principalmente por Atención Primaria, Cruz Roja y la Agencia de Salud Pública de Barcelona. La intervención promovió el apoyo social y la participación a través de actividades propuestas por los participantes, como visitar amigos, paseos cortos, ir al mercado o asistir a la iglesia. Además de las salidas individuales semanales, se realizaron

	salidas en grupo una vez al mes para fomentar nuevas relaciones sociales entre los participantes, como visitas turísticas por la ciudad, actividades culturales y dinámicas grupales.
22	El AFNs (Intervención de Navegación Familiar del Autismo) tenía como objetivo ayudar a las familias cuyos niños con resultado positivo en la evaluación necesitaban una evaluación posterior de TEA para superar las barreras individuales y del sistema para obtener la referencia, evaluación y servicios. Los niños del grupo de control recibieron atención habitual.
23	Se introdujeron visitas ajustadas y centradas en el paciente en un centro de Atención Primaria para pacientes en tratamiento de sustitución de opioides (OST) en Malmö. A los pacientes de dos clínicas de OST en Malmö se les ofrecieron citas con un médico de Atención Primaria (PHC). La intervención consiste en que un médico de Atención Primaria programa citas cada dos semanas con los pacientes en las clínicas de OST, y también ofrece citas sin cita previa. Si el paciente lo aprueba, existe una estrecha colaboración e intercambio de información entre el personal de OST y el médico de Atención Primaria. La intervención tiene como objetivo minimizar las necesidades de atención médica no satisfechas con respecto a problemas somáticos entre los pacientes de OST que, debido a obstáculos psiquiátricos u otros, tienen dificultades para contactar con su centro de Atención Primaria y cumplir con las citas, medicación y seguimiento reservados.
24	La estrategia de invitación revisada para los programas de Atención Primaria preventiva comprendía una tarjeta postal de prenotificación y una nueva invitación dirigida específicamente a hombres y pacientes con bajo nivel educativo. La nueva invitación fue desarrollada en un proceso de co-diseño que incluyó a profesionales de la comunicación y representantes del grupo objetivo.
25	El objetivo de la intervención era promover el apoyo social y la participación (es decir, el capital social), el autocontrol y la alfabetización en salud como factores intermedios entre los determinantes sociales y los resultados de salud con el potencial de mitigar las desigualdades en salud. La intervención consistió en 12 sesiones semanales de 2 horas facilitadas en grupos de hasta 15 personas. Nueve de las 12 sesiones se llevaron a cabo en el centro de Atención Primaria, y tres consistieron en salidas locales a espacios públicos para practicar actividad física, un supermercado o un mercado, y un equipamiento comunitario que ofrecía actividades sociales que podrían interesar a los participantes. Todas las intervenciones grupales fueron facilitadas por nueve profesionales de la salud y servicios sociales (cinco enfermeras, dos trabajadores sociales y dos médicos generales) previamente capacitados como facilitadores de grupo por el equipo de investigación sobre cómo aplicar la guía de intervención. A los participantes del grupo de control se les ofreció la intervención al final del estudio (grupo de intervención diferida).
26	PRAPARE (Protocolo para Responder y Evaluar los Activos, Riesgos y Experiencias de los Pacientes) consta de un conjunto validado de medidas básicas nacionales integradas en el expediente electrónico de salud (EHR), que incluyen datos demográficos del paciente (por ejemplo, raza, etnia, educación) y necesidades sociales (por ejemplo, estabilidad de la vivienda, seguridad material, estrés). Los administradores de casos con formación en trabajo social realizaron la evaluación de PRAPARE a través de entrevistas con los pacientes y realizaron referencias a organizaciones comunitarias, agencias gubernamentales o servicios internos del centro de salud según las necesidades identificadas.
27	Se analizan diez estudios de casos canadienses que comparten intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia del paciente, reducir los costes, avanzar en la salud de la población y

	mejorar la experiencia del proveedor. La parte común de los diez casos consistió en explorar los resultados de la colaboración entre la Atención Primaria y la salud pública para los objetivos antes mencionados y en búsqueda de la equidad.
28	Los mediadores de salud actuaron como facilitadores entre los trabajadores de los grupos de médicos de cabecera y las poblaciones atendidas con el objetivo de aumentar el acceso y la aceptación de los servicios de salud entre los grupos vulnerables que se sabe que son reacios a asistir a tales servicios. Los mediadores de salud recibieron una lista de aquellos que no se presentaron a la evaluación a pesar de recibir una carta de invitación escrita, y tuvieron que hacer visitas domiciliarias para persuadir a los no asistentes a participar. Llevaron a cabo la mayoría del trabajo de campo relacionado con eventos comunitarios en los que también participaron, ocupando diversos puestos durante tales eventos. Los mediadores de salud también participaron en diversas actividades de educación para la salud facilitadas mediante entrenamiento, material relevante y folletos impresos para su distribución. Los mediadores también tenían tareas administrativas de informar sobre su trabajo, incluida la participación en las reuniones mensuales del grupo de médicos de cabecera.
29	La intervención tenía 2 componentes clave: un practicante de enlaces comunitarios (CLP, por sus siglas en inglés) a tiempo completo financiado en cada práctica y un fondo de desarrollo de prácticas. Sus funciones principales fueron las siguientes: (1) los CLPs establecieron vínculos entre la práctica y las organizaciones comunitarias locales, con la ayuda del fondo de desarrollo de prácticas utilizado para "comprar" el tiempo del personal de la práctica para dedicarlo a mejorar los sistemas y construir relaciones, (2) las prácticas generales desarrollaron sistemas de referencia a través de los cuales los médicos generales y los enfermeros practicantes derivaron a pacientes que creían que se beneficiarían de ver a un CLP. Cada CLP se reunió con el paciente referido tantas veces como ambos consideraran apropiado, identificó los problemas más urgentes del paciente y apoyó la derivación y el contacto continuo con los recursos comunitarios locales.
30	El programa de manejo de enfermedades para la diabetes (DMP) introdujo un conjunto de incentivos no pecuniarios que empoderaban a los médicos de cabecera con informes de retroalimentación sobre su desempeño y comparaciones con otros colegas. Consiste en la introducción de un sistema de Registro Electrónico de Salud (EHR, por sus siglas en inglés) e informes de retroalimentación y monitoreo del desempeño clínico. La retroalimentación consistía en un conjunto de medidas de desempeño clínico de varias bases de datos electrónicas que estaban disponibles para el médico de cabecera de una manera fácil y accesible. La lista incluía la incidencia anual, el IMC del paciente, el estado de tabaquismo, los niveles de colesterol, los niveles de HbA1C, la presión arterial y la fecha de la última visita preventiva planificada que ofrecía un estado de la condición crónica del paciente. Para cada medida clínica, el sistema EHR proporcionaba un indicador de semáforo (rojo, amarillo y verde) que indicaba si los pacientes cumplían con los niveles de umbral para un buen control clínico. Además, el programa proporcionaba resúmenes de comparación entre pares donde la clínica del médico de cabecera podía medir su desempeño promedio frente al desempeño de otras clínicas de médicos de cabecera. El objetivo principal del programa era mejorar la calidad de la Atención Primaria para los pacientes diabéticos proporcionando a los médicos de cabecera información sobre su desempeño clínico, pero sin incluir incentivos monetarios para mejorar dicho desempeño.
31	El Programa de Acción para el Peso (WAP) que su objetivo es proporcionar consejos claros y simples sobre dieta, actividad física y autocontrol a través de una serie de tareas concretas y verificables acordadas individualmente con cada participante, en lugar de

	<p>proporcionar consejos escritos y verbales como se hace típicamente. La característica innovadora principal del programa es que los participantes intentan completar varias tareas que se monitorean a través de 'tarjetas de tareas' marcadas todos los días durante al menos una semana. Los participantes pueden optar por no continuar con la tarea si la encuentran poco útil, pero se comprometen a intentarla primero durante una semana completa. La otra característica clave del WAP es el uso de un formato grupal centrado en el apoyo social. El programa consta de 8 sesiones grupales semanales de una hora cada una, seguidas de reuniones grupales mensuales opcionales. La intervención de la enfermera de práctica (PNI), en cambio, se basó en proporcionar consejos sobre (1) dieta, (2) actividad física y (3) autocontrol. Los participantes también recibieron una recomendación para usar orlistat. Los consejos se acompañaron del conjunto estándar de folletos del NHS 'Change4Life'.</p>
32	<p>El Gobierno de Ghana ha instituido un Programa Nacional de Reducción de la Pobreza con una iniciativa conocida como el Plan y Servicios de Salud Basados en la Comunidad (CHPS, por sus siglas en inglés) como su estrategia principal de desarrollo de la salud. El CHPS se derivó de un ensayo de plausibilidad del Centro de Investigación en Salud de Navrongo que probó cuatro estrategias de Atención Primaria de salud: i) Capacitar a voluntarios no remunerados para promover la salud en las comunidades, ii) colocar enfermeras en comunidades con capacitación y suministros para tratar enfermedades infantiles, iii) combinar los enfoques de enfermeras y voluntarios, y iv) mantener una condición de comparación donde se proporcionaban servicios clínicos sin trabajadores residentes de la comunidad.</p>
33	<p>La intervención EQUIP incluyó una combinación de educación del personal y un proyecto de cambio organizativo facilitado, pero no incluyó ninguna intervención directa con los pacientes.</p> <p>Este artículo no evalúa esta intervención, utiliza los datos de los pacientes para probar un modelo teórico sobre las relaciones entre la percepción de los pacientes sobre el grado en que la atención que recibieron fue orientada a la equidad y los resultados de salud seleccionados.</p>
34	<p>El programa GRUSE-M está enmarcado en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA). Uno de sus objetivos es potenciar los factores de protección de la salud mental de la población en las distintas etapas del ciclo vital, y son los trabajadores sociales del Servicio Andaluz de Salud los profesionales responsables de desarrollarlo en las unidades de gestión clínica de Atención Primaria. El programa plantea desarrollar talentos y habilidades desde una formación educativa basada en activos de salud. En Sevilla, su implantación se inició en 2010, y en 2014 alcanzó el 76,92% de todas las unidades de gestión clínica de la provincia, en sintonía con la media andaluza.</p>
35	<p>La intervención EQUIP identifica tres dimensiones clave en la atención médica orientada a la equidad y 10 estrategias para apoyar esta intervención. Las tres dimensiones son: proporcionar información a los pacientes que han experimentado situaciones traumáticas o violentas, adaptar la atención a diferentes contextos y garantizar la seguridad en el ámbito cultural. La intervención tiene dos objetivos: facilitar debates sobre la educación e integración del personal a través de múltiples vías durante un período de 8 a 12 meses y establecer un proceso de integración organizativa y adaptación que cada clínica dirige y posteriormente implementa durante otro período de 8 a 12 meses.</p>
36	<p>Programa de prescripción social a través de trabajadores que actúan como enlace y que comprende un apoyo personalizado para identificar metas significativas de salud y</p>

	bienestar, apoyo continuo para alcanzar los objetivos acordados y vinculación con los servicios comunitarios apropiados.
37	El programa, ofrecido principalmente en la Atención Primaria, tiene como objetivo abordar la carga prematura de la enfermedad educando a las personas sobre la adopción de un estilo de vida saludable, mientras deriva a aquellos con un riesgo aumentado a servicios adicionales y prescribe medicamentos para reducir los lípidos. Los proveedores de Chequeos de Salud oportunistas operaban en las comunidades locales en horarios nocturnos y los fines de semana además del horario comercial regular. Los Chequeos de Salud se llevaban a cabo en farmacias, centros comunitarios, lugares de culto, negocios, oficinas municipales, bibliotecas, centros comerciales, salones de pueblo, escuelas y estadios de fútbol.
38	Los grupos de intervención recibieron planes de acción personalizados y apoyo durante un período de 12 meses, mientras que los grupos de control recibieron apoyo "como de costumbre". Se utilizó una plantilla para crear los planes de acción que incluían declaración de objetivos, actividades específicas a implementar e indicadores de progreso para cada estrategia sugerida. Los planes de acción personalizados consistían en 11 a 21 estrategias por práctica y se basaron en áreas de mejora obtenidas de las entrevistas estructuradas iniciales y las mejores prácticas de inmunización identificadas.
39	Proyecto de Equidad en la Diabetes (DEP): un programa de 5 años financiado por una subvención de la Fundación Merck Company a través de su Alianza para Reducir las Disparidades en la Diabetes, con el objetivo de reducir las disparidades observadas en la atención y resultados de la diabetes en las comunidades médicamente desatendidas que rodean a los hospitales BSWH. La intervención DEP incluyó 7 sesiones individuales entre los trabajadores de salud comunitarios (CHWs) y el paciente a lo largo de 1 año, con una duración de 30 a 60 minutos cada una.
40	Cuatro navegadores de pacientes a tiempo parcial, graduados universitarios (equivalentes a 2 empleos a tiempo completo), cada uno con fluidez para hablar de 2 a 5 idiomas, fueron capacitados en entrevistas motivacionales, resolución de problemas, establecimiento de metas, uso del sistema de tecnología de la información, documentación del expediente médico electrónico, así como en módulos de salud sobre cribado de cáncer de mama, cervical y colorrectal.
41	Convocamos 18 grupos en Londres y Yorkshire para explorar las razones de la no participación en el cribado de cáncer de colon entre 128 individuos, seleccionados para abarcar grupos socialmente favorecidos y desfavorecidos. Informaron que la falta de implicación del médico de cabecera atenuaba la relevancia percibida del Programa de Cribado de Cáncer de Colon y que el respaldo del médico de cabecera al programa llevaba consigo un considerable poder ('Si la carta hubiera venido de mi médico de cabecera, me lo habría tomado más en serio.'. Establecimos un Grupo Asesor de Atención Primaria para desarrollar un texto de apoyo del médico de cabecera que pudiera incorporarse fácilmente a la invitación estándar del Programa de Cribado de Cáncer de Colon. El resultado fue una declaración de apoyo del médico de cabecera que aparecía en la carta de invitación. Enviamos hasta tres recordatorios en intervalos aproximadamente mensuales. El último recordatorio incluía un mensaje adicional para áreas desfavorecidas.
42	El programa de PBF (Pago por Desempeño) de Ruanda fue diseñado para incentivar al personal de los centros de salud a aumentar el acceso a los servicios de las instalaciones, fortalecer la productividad de los trabajadores de la salud y mejorar la calidad del servicio.

43	Un chequeo de salud comunitario (CHC) dirigido por entrenadores de salud: ofreciendo chequeos de salud en la comunidad, con el objetivo de involucrar a una amplia muestra de la población y especialmente a aquellos que pueden no acceder a los servicios de salud clínicos. El servicio fue diseñado para agregar valor aprovechando el éxito comprobado de los entrenadores de salud comunitarios en involucrar a personas de comunidades socioeconómicamente desfavorecidas y apoyar el cambio en el estilo de vida. Esto implicaba tomar el peso, la altura [para calcular el índice de masa corporal (IMC)] y la presión arterial de la persona, así como hacer preguntas clave de detección. Aquellos que resultaron elegibles para un chequeo de salud completo fueron invitados a una cita adicional, donde se medía su circunferencia de cintura y nivel de colesterol y se explicaban los resultados. Los entrenadores de salud también brindaban consejos breves y enfatizaban sobre cambios del estilo de vida.
44	Los pacientes atrasados recibieron cartas introductorias en su idioma nativo que explicaban el proyecto y materiales educativos relacionados con la detección de cáncer colorrectal (CCR). Una semana después, un navegador llamaría o se reuniría con el paciente en el centro de salud. Se realizaron hasta 7 intentos de llamada telefónica en diferentes momentos del día durante 3 meses. Los pacientes que no pudieron ser contactados fueron pospuestos por el resto del año, pero, si aún estaban atrasados, estarían presentes en la lista del año siguiente para intentos adicionales de contacto. Durante el contacto inicial, el navegador educaba al paciente sobre la detección de CCR y exploraba las barreras del paciente para la detección. Se adaptaban intervenciones adicionales a cada paciente individualmente con la intención de superar barreras personales, culturales y sistémicas para completar exitosamente la detección.
45	Primero, se desarrolló una plantilla electrónica de referencia para capturar los datos esenciales necesarios para permitir que los especialistas en otorrinolaringología revisen los casos de forma remota utilizando el registro médico electrónico existente. En segundo lugar, se proporcionó capacitación al personal sobre las pautas, la plantilla de referencia y el equipo (video-otoscopio, audiometría y timpanometría). Esto fue entregado principalmente por el nuevo educador de salud del oído a tiempo completo, cuyas actividades incluyeron sesiones de capacitación para todo el personal de salud infantil en un taller anual, varias horas de capacitación como parte de la orientación para todo el nuevo personal de salud infantil, un paquete de capacitación en línea y visitas regulares a las clínicas de salud comunitaria. Finalmente, se nombró a una enfermera de salud del oído para el equipo de salud comunitaria para apoyar a los pacientes, coordinar la detección y las referencias, y brindar seguimiento con trabajadores de salud aborígenes australianos de la salud del oído. Se proporcionó educación para los pacientes y sus familias sobre los factores de riesgo para la aparición de enfermedades en el oído medio y cómo manejarla. La participación y educación del cuidador responsable se consideró particularmente importante, dada su función clave en garantizar la administración de medicamentos y el cuidado óptimo. Además, se proporcionaron actividades de promoción de la salud en asociación con Nindilingarri.
46	A lo largo de los tres años del proyecto, cada una de las 39 consultas en Tower Hamlets recibió dos informes sobre equidad en salud. En el primer año, las visitas de facilitación se concentraron en los 10 equipos de consultas donde había más evidencia de desigualdades y donde la intervención tendría el mayor impacto en mejorar el rendimiento de la consulta. Las visitas involucraban a un líder clínico de Atención Primaria trabajando junto a enfermeras especialistas en facilitación del PCT entrenadas en técnicas para fomentar el cambio. El formato de las visitas estaba diseñado para identificar áreas de dificultad

	expresadas y para involucrar a los equipos en encontrar soluciones.
47	La intervención presenta los siguientes objetivos: (1) establecer y perfeccionar la red de atención médica rural de tres niveles "condado-pueblo-aldea" en los condados objetivo, con los hospitales del condado como apoyo tecnológico, los hospitales del pueblo como centros de conexión y las clínicas de aldea como bases de servicio; (2) proporcionar consultas nutricionales a las familias a través de las clínicas de pueblo y aldea, y llevar a cabo la intervención nutricional comunitaria en los condados del programa; y (3) monitorear la tendencia en el desarrollo infantil (<3 años) a través de una curva de crecimiento y ofrecer instrucción sobre alimentación y dieta para individuos con bajo peso al nacer.
48	Los OW (Oficiales de Enlace) son personal no clínico que tienen dos roles distintos: brindar apoyo individualizado a pacientes que han tenido un chequeo de salud y se considera que necesitan apoyo adicional; y establecer un vínculo entre las consultas médicas y las organizaciones voluntarias locales.
49	Dentro de las 3 semanas posteriores a la evaluación inicial, un oficial de derechos de bienestar del Servicio Social del Ayuntamiento de Newcastle realizó una evaluación estructurada del estado de bienestar actual y los derechos a prestaciones, incluida una evaluación completa de los ingresos y gastos del hogar. Luego, se ofreció a los participantes asistencia activa para realizar reclamos de beneficios y otros derechos sociales, cuando correspondiera, durante los meses siguientes. Se ofrecía asesoramiento tanto en el hogar como en la consulta del médico de cabecera, pero todos los participantes preferían un servicio domiciliario.
50	Tanto los médicos de cabecera como los pacientes recibieron intervención con la intención de mejorar la comunicación intercultural entre ellos. La intervención para los pacientes consistió en una instrucción por vídeo de 12 minutos en la sala de espera para todos los pacientes justo antes de la consulta; los vídeos estaban disponibles en holandés y en los idiomas de los principales grupos étnicos minoritarios (árabe marroquí, bereber marroquí, turco). La intervención para los médicos de cabecera consistió en 2.5 días de entrenamiento en comunicación intercultural, basado en el "método de tres pasos" de Pinto. En primer lugar, se les permitió reflexionar sobre sus propias normas culturalmente definidas, puntos de vista y estilo de comunicación. En segundo lugar, se buscó mejorar la sensibilidad y el conocimiento sobre las diferencias culturalmente determinadas en puntos de vista y comportamiento (incluido el estilo de comunicación), principalmente en pacientes originarios de países no occidentales, y, en tercer lugar, entrenarles en estrategias (elegidas por ellos mismos) para resolver las brechas en los puntos de vista y el estilo de comunicación culturalmente definido. Dos semanas después (en una sesión de entrenamiento final) se discutieron los problemas experimentados y se dio consejo complementario.
51	Se desarrolló una intervención compuesta por cartas recordatorias y asesoramiento de trabajadores de divulgación de salud comunitaria para probar y comparar la efectividad de tres estrategias.

Anexo 2: Referencias bibliográficas de los artículos incluidos en la revisión de alcance.

Número final del artículo	Referencia bibliográfica
1	Junghans C, Antonacci G, Williams A, Harris M. Learning from the universal, proactive outreach of the Brazilian Community Health Worker model: impact of a Community Health and Wellbeing Worker initiative on vaccination, cancer screening and NHS health check uptake in a deprived community in the UK. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2023;23(1):1092.
2	Pollard T, Gibson K, Griffith B, Jeffries J, Moffatt S. Implementation and impact of a social prescribing intervention: an ethnographic exploration. <i>Br J Gen Pract.</i> 2023;73(735):e789-e797.
3	Kanmiki EW, Mamun AA, Phillips JF, O'Flaherty MJ. Equity in maternal healthcare utilisation in Ghana: Do community-based primary health care programmes matter? <i>Trop Med Int Health.</i> 2023;28(5):409-418.
4	Saxby K, Byrnes J, de New SC, Nghiem S, Petrie D. Does affirmative action reduce disparities in healthcare use by Indigenous peoples? Evidence from Australia's Indigenous Practice Incentives Program. <i>Health Econ.</i> 2023;32(4):853-872.
5	McCarthy DE, Baker TB, Zehner ME, Adsit RT, Kim N, Zwaga D, Coates K, Wallenkamp H, Nolan M, Steiner M, Skora A, Kastman C, Fiore MC. A comprehensive electronic health record-enabled smoking treatment program: Evaluating reach and effectiveness in primary care in a multiple baseline design. <i>Prev Med.</i> 2022;165(Pt B):107101.
6	Caballero TM, Miramontes-Valdes E, Polk S. Mi Plan: Using a Pediatric-Based Community Health Worker Model to Facilitate Obtainment of Contraceptives Among Latino Immigrant Parents with Contraceptive Needs. <i>Jt Comm J Qual Patient Saf.</i> 2022;48(11):591-8.
7	Barrios Quinta AM, Morilla Romero de la Osa R, Bueno Ferrán M. Reducing health inequalities among most disadvantaged type 2 diabetes patients: A cross-sectional exploratory pilot study. <i>J Nurs Scholarsh.</i> 2022;54(6):668-677.
8	Gonzalez CJ, Meltzer K, Jabri A, Zhu JJ, Lau JD, Pelzman F, Tung J. Development of a Practice-based Community Outreach Intervention to Prevent Inequities in COVID-19 Vaccinations. <i>Am J Med Qual.</i> 2022;37(4):348-355.
9	Gianelis KA, Butler JM. Improving equitable access to inclusive sexual healthcare in a small urban college health setting. <i>Nurs Forum.</i> 2022;57(4):686-693.
10	Cowden JD, Martinez FJ, Dickmeyer JJ, Bratcher D. Culture and language coaching for bilingual residents: the first 10 years of the CHiCoS model. <i>Teach Learn Med.</i> 2023;35(5):589-600.
11	Laur C, Agarwal P, Thai K, Kishimoto V, Kelly S, Liang K, Bhatia RS, Bhattacharyya O, Martin D, Mukerji G. Implementation and Evaluation of COVIDCare@Home, a Family Medicine-Led Remote Monitoring Program for Patients With COVID-19: Multimethod Cross-sectional Study. <i>JMIR Hum Factors.</i> 2022;9(2):e35091.
12	Khedmati Morasae E, Rose TC, Gabbay M, Buckels L, Morris C, Poll S, Goodall M, Barnett R, Barr B. Evaluating the Effectiveness of a Local Primary Care Incentive Scheme: A Difference-

	in-Differences Study. <i>Med Care Res Rev.</i> 2022;79(3):394-403.
13	Wichelt N, Torres K, de la Vega G, Linton JM, Montez K. Legal Relief for Children in Immigrant Families: A Mixed-Methods Study. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2022;19(7):4373.
14	Krishnasastry ST, Mackenzie CD, Sadanandan R. Scaling-up filariasis lymphoedema management into the primary health care system in Kerala State, Southern India: a case study in healthcare equity. <i>Infect Dis Poverty.</i> 2022;11(1):9.
15	Tomcho MM, Lou Y, O'Leary SC, Rinehart DJ, Thomas-Gale T, Penny L, Frost HM. Closing the Equity Gap: An Intervention to Improve Chlamydia and Gonorrhoea Testing for Adolescents and Young Adults in Primary Care. <i>J Prim Care Community Health.</i> 2022;13:21501319221131382.
16	Chiarantano RS, Vazquez FL, Franco A, Ferreira LC, Cristina da Costa M, Talarico T, Oliveira AN, Miziara JE, Mauad EC, Caetano da Silva E, Ventura LM, Junior RH, Leal LF, Reis RM. Implementation of an Integrated Lung Cancer Prevention and Screening Program Using a Mobile Computed Tomography (CT) Unit in Brazil. <i>Cancer Control.</i> 2022;29:10732748221121385.
17	Levy P, McGlynn E, Hill AB, Zhang L, Korzeniewski SJ, Foster B et al. From pandemic response to portable population health: A formative evaluation of the Detroit mobile health unit program. <i>PLoS One.</i> 2021;16(11):e0256908.
18	Sous W, Lupone CD, Harris MA, Mohamed A, Mohamed L, Lakomski MJ, Seward S, Shaw AV. Integrated Care Management to Improve Diabetes Outcomes in Refugee and Immigrant Patients (I-Care). <i>Health Equity.</i> 2021;5(1):781-8.
19	Spooner C, Lewis V, Scott C, Dahrouge S, Haggerty J, Russell G et al. Improving access to primary health care: a cross-case comparison based on an a priori program theory. <i>Int J Equity Health.</i> 2021;20(1):223.
20	Anstey Watkins J, Griffiths F, Goudge J. Community health workers' efforts to build health system trust in marginalised communities: a qualitative study from South Africa. <i>BMJ Open.</i> 2021;11(5):e044065.
21	Daban F, Garcia-Subirats I, Porthé V, López M, de-Eyto B, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Pérez A, Díez E. Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers: A community health intervention. <i>Aten Primaria.</i> 2021;53(5):102020.
22	DiGuseppi C, Rosenberg SA, Tomcho MA, Colborn K, Hightshoe K, Gutiérrez-Raghunath S et al. Family navigation to increase evaluation for autism spectrum disorder in toddlers: Screening and Linkage to Services for Autism pragmatic randomized trial. <i>Autism.</i> 2021;25(4):946-957.
23	Bäckström E, Troberg K, Håkansson A, Dahlman D. Healthcare Contacts Regarding Circulatory Conditions among Swedish Patients in Opioid Substitution Treatment, with and without On-Site Primary Healthcare. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2021;18(9):4614.
24	Thilsing T, Larsen LB, Sonderlund AL, Andreassen SS, Christensen JR, Svensson NH et al. Effects of a Co-Design-Based Invitation Strategy on Participation in a Preventive Health Check Program: Randomized Controlled Trial. <i>JMIR Public Health Surveill.</i> 2021;7(3):e25617.

25	Blancafort Alias S, Monteserín Nadal R, Moral I, Roqué Fígols M, Rojano I Luque X, Coll-Planas L. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. BMC Public Health. 2021;21(1):84.
26	Lian T, Kutzer K, Gautam D, Eisenson H, Crowder JC, Esmaili E et al. Factors Associated with Patients' Connection to Referred Social Needs Resources at a Federally Qualified Health Center. J Prim Care Community Health. 2021;12:21501327211024390.
27	Valaitis RK, Wong ST, MacDonald M, Martin-Misener R, O'Mara L, Meagher-Stewart D, Isaacs S, Murray N, Baumann A, Burge F, Green M, Kaczorowski J, Savage R. Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: ten Canadian case studies. BMC Public Health. 2020;20(1):507.
28	Kósa K, Katona C, Papp M, Fürjes G, Sándor J, Bíró K, Ádány R. Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary. BMC Fam Pract. 2020;21(1):19.
29	Mercer SW, Fitzpatrick B, Grant L, Chng NR, McConnachie A, Bakhshi A, James-Rae G, O'Donnell CA, Wyke S. Effectiveness of Community-Links Practitioners in Areas of High Socioeconomic Deprivation. Ann Fam Med. 2019;17(6):518-525.
30	Olsen KR, Laudicella M. Health care inequality in free access health systems: The impact of non-pecuniary incentives on diabetic patients in Danish general practices. Soc Sci Med. 2019;230:174-183.
31	McRobbie H, Hajek P, Peerbux S, Kahan BC, Eldridge S, Trépel D, Parrott S, Griffiths C, Snuggs S, Smith KM. Randomised controlled trial and economic evaluation of a task-based weight management group programme. BMC Public Health. 2019;19(1):365.
32	Bawah AA, Phillips JF, Asuming PO, Jackson EF, Walega P, Kanmiki EW et al. Does the provision of community health services offset the effects of poverty and low maternal educational attainment on childhood mortality? An analysis of the equity effect of the Navrongo experiment in Northern Ghana. SSM Popul Health. 2018;7:100335.
33	Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, Herbert C, Jackson BE, Lavoie JG et al. How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. Milbank Q. 2018;96(4):635-671.
34	Rodríguez Fernández-Viagas C, García Gil C, Bayo Barroso N, Villalba Quesada C, Álvarez Girón M. Implantación de un programa de promoción de la salud de las mujeres en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla. Gac Sanit. 2018;32(6):584-7.
35	Browne AJ, Varcoe C, Ford-Gilboe M, Nadine Wathen C, Smye V, Jackson BE, Wallace B, Pauly BB, Herbert CP, Lavoie JG, Wong ST, Blanchet Garneau A. Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. Int J Equity Health. 2018;17(1):154.
36	Moffatt S, Steer M, Lawson S, Penn L, O'Brien N. Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. BMJ Open. 2017;7(7):e015203.
37	Woringer M, Cecil E, Watt H, Chang K, Hamid F, Khunti K, Dubois E, Evason J, Majeed A, Soljak M. Evaluation of community provision of a preventive cardiovascular programme - the National Health Service Health Check in reaching the under-served groups by primary

	care in England: cross sectional observational study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):405.
38	Turner NM, Charania NA, Chong A, Stewart J, Taylor L. The challenges and opportunities of translating best practice immunisation strategies among lowperforming general practices to reduce equity gaps in childhood immunisation coverage in New Zealand. BMC Nurs. 2017;16:31.
39	Kane EP, Collinsworth AW, Schmidt KL, Brown RM, Snead CA, Barnes SA, Fleming NS, Walton JW. Improving diabetes care and outcomes with community health workers. Fam Pract. 2016;33(5):523-8.
40	Percac-Lima S, Ashburner JM, Zai AH, Chang Y, Oo SA, Guimaraes E, Atlas SJ. Patient Navigation for Comprehensive Cancer Screening in High-Risk Patients Using a Population-Based Health Information Technology System: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016;176(7):930-7.
41	Raine R, Duffy SW, Wardle J, Solmi F, Morris S, Howe R, Kralj-Hans I, Snowball J, Counsell N, Moss S, Hackshaw A, von Wagner C, Vart G, McGregor LM, Smith SG, Halloran S, Handley G, Logan RF, Rainbow S, Smith S, Thomas MC, Atkin W. Impact of general practice endorsement on the social gradient in uptake in bowel cancer screening. Br J Cancer. 2016;114(3):321-6.
42	Skiles MP, Curtis SL., Basinga P., Angeles G., Thirumurthy H. The effect of performance-based financing on illness, care-seeking and treatment among children: an impact evaluation in Rwanda. BMC Health Services Research, 2015;15(1):375.
43	Visram S, Carr SM, Geddes L. Can lay health trainers increase uptake of NHS Health Checks in hard-to-reach populations? A mixed-method pilot evaluation. J Public Health (Oxf). 2015;37(2):226-33.
44	Percac-Lima S, López L, Ashburner JM, Green AR, Atlas SJ. The longitudinal impact of patient navigation on equity in colorectal cancer screening in a large primary care network. Cancer. 2014;120(13):2025-31.
45	Reeve C, Thomas A, Mossenson A, Reeve D, Davis S. Evaluation of an ear health pathway in remote communities: improvements in ear health access. Aust J Rural Health. 2014;22(3):127-32.
46	Badrick E, Hull S, Mathur R, Shajahan S, Boomla K, Bremner S, Robson J. Health equity audits in general practice: a strategy to reduce health inequalities. Prim Health Care Res Dev. 2014;15(1):80-95
47	Pei L, Wang D, Ren L, Yan H. Evaluation of the Rural Primary Health Care project on undernutrition equity among children in rural Western China. Health Policy Plan. 2013;28(4):429-34
48	Carver H, Douglas MJ, Tomlinson JEM. The outreach worker role in an anticipatory care programme: a valuable resource for linking and supporting. Public Health. 2012;126 Suppl 1:S47-S52.
49	Mackintosh J, White M, Howel D, Chadwick T, Moffatt S, Deverill M, Sandell A. Randomised controlled trial of welfare rights advice accessed via primary health care: pilot study [ISRCTN61522618]. BMC Public Health. 2006;6:162.
50	Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a

	randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2005;55(514):343-50.
51	Ahmed NU, Haber G, Semanya KA, Hargreaves MK. Randomized controlled trial of mammography intervention in insured very low-income women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19(7):1790-8.



Anexo 3: Comité de ética de la investigación del Hospital Universitario San Juan de Alicante



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

D. **Francisco Sánchez Ferrer**, Secretario del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario San Juan de Alicante,

CERTIFICA

Que este Comité, en su reunión de fecha 25 de Abril de 2023, ha evaluado la propuesta de la investigadora **D^a. María del Mar Miralles Pascual**, del Servicio de Atención Primaria del Departamento de Salud Alicante – San Joan d'Alacant para que sea realizado el proyecto de investigación titulado “**ABORDAJE DE LAS INEQUIDADES EN SALUD DESDE EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**”. Código de Comité: **23/026**.

y que considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados los procedimientos para obtener el consentimiento informado.
- El tratamiento de la información del estudio se realizará conforme a la legislación vigente de protección y confidencialidad de los datos en relación a los métodos, riesgos y tratamiento de los mismos tal y como se contempla en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

y que este Comité da su aprobación a dicho estudio para que sea realizado por **D^a. María del Mar Miralles Pascual**, del Servicio de Atención Primaria del Departamento de Salud Alicante – San Joan d'Alacant.

Lo que firmo en San Juan, a 26 de Julio de 2023

SECRETARIO DEL CEI

FRANCISCO
JOSE|SANCHEZ|
FERRER

Firmado digitalmente
por FRANCISCO JOSE|
SANCHEZ|FERRER
Fecha: 2023.07.26
12:31:54 +02'00'

Fdo.: **Francisco Sánchez Ferrer**

Anexo 4: Autorización COIR aprobada



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a

Nombre del tutor/a	Elisa Chilet Rosell
Nombre del alumno/a	Belén Canals García
Tipo de actividad	Adherido a un proyecto autorizado
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Revisión de alcance de las intervenciones realizadas en atención primaria para reducir las inequidades en salud.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231124123610
Código de autorización COIR	TFG.GME.ECR.BCG.231124
Caducidad	2 años

Se considera que la presente actividad no supone riesgos laborales adicionales a los ya evaluados en el proyecto de investigación al que se adhiere. No obstante, es responsabilidad del tutor/a informar y/o formar al estudiante de los posibles riesgos laborales de la presente actividad.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Revisión de alcance de las intervenciones realizadas en atención primaria para reducir las inequidades en salud.** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia