

ORIGINAL BREVE

Recibido: 10 de enero de 2020

Aceptado: 9 de abril de 2020

Publicado: 11 de mayo de 2020

IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD Y ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD CRÓNICA SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN ASTURIAS

Ana Fernández-Feito (1,2), Henar Vallina-Crespo (3), Óscar Suárez-Álvarez (4), Elena Aldasoro-Unamuno (5), Marcial Argüelles-Suárez (2,4) y Rafael Cofiño-Fernández (6)

(1) Departamento de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Oviedo. España.

(2) Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo. España.

(3) Servicio de Salud del Principado de Asturias. España.

(4) Observatorio de Salud Pública de Asturias. Servicio de Salud Poblacional. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Oviedo. España.

(5) Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. España.

(6) Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Oviedo. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La atención a personas con enfermedades crónicas es un reto que precisa de estrategias y programas institucionales, siendo necesario evaluar su impacto en los determinantes sociales de la salud (DSS). Los objetivos de este trabajo fueron tanto describir el impacto en los determinantes estructurales de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica (EAPEC) de Asturias como proponer acciones de mejora en relación con los factores de estratificación social.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo de 6 programas estratégicos de la Estrategia de Cronicidad: Observatorio de Salud, Coordinación Sociosanitaria, Escuela de Pacientes, Atención a Personas Cuidadoras, Continuidad Asistencial en Salud Mental, Calidad y Seguridad en Atención Sanitaria. Se utilizó una herramienta de cribado validada para la evaluación del impacto en la salud sobre los determinantes estructurales (contexto socioeconómico y político, factores de estratificación social) de los DSS. Se realizó una entrevista personal semiestructurada con el responsable de cada programa en 2016, elaborando un informe final con los impactos detectados y propuestas de mejora.

Resultados: Todos los programas tuvieron un impacto positivo sobre los valores sociales (justicia social, equidad) y el estado de bienestar (políticas sociales, educativas). Dentro de la estratificación social, los principales efectos positivos afectaron a la edad y a la diversidad funcional. En los factores vinculados a la localización geográfica, género, origen/etnia y clase social se concentraron los principales efectos negativos.

Conclusiones: Esta estrategia dirigida a personas con enfermedades crónicas tiene efectos positivos. Sin embargo, es prioritario prestar atención a los factores de estratificación social durante su ejecución.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud, Enfermedades crónicas, Evaluación del impacto en salud, Disparidades en atención de salud, Sistemas de salud, Factores socioeconómicos.

ABSTRACT

Impact of the chronic disease care program on social determinants of health in Asturias

Background: Providing care for people with chronic diseases is a challenge requiring institutional programs and strategies, thus it necessary to evaluate the impact of the same on the social determinants of health (SDH). The aims were: 1) to describe the impact of the structural determinants of the Health Strategy for the Population with Chronic Diseases (EAPEC) in Asturias and 2) to propose actions for improvement regarding social stratification factors.

Methods: Qualitative study of six strategic programs of the Chronic Disease Strategy: Health Observatory, Social and Healthcare Coordination, School for Patients Program, Caregivers Program, Mental Health Services Continuity, and Quality and Safety in Healthcare. A screening tool was used, validated for evaluation of the health impact on the structural determinants (socioeconomic and political context and social stratification factors) of the SDH. A personal semi-structured interview was carried out with the manager of each program in 2016, and a final report was produced that included the impacts found and proposals for improvement.

Results: All programs had a positive impact on social values (social justice, equity) and the state of wellbeing (social and educational policies). In terms of social stratification, the principal positive effects included age and functional diversity. Regarding the factors linked to geographic location, gender, origin/ethnicity, and social class the principal effects were negative.

Conclusions: This strategy aimed at people with chronic diseases has positive effects. However, paying attention to social stratification factors during implementation of the same is a priority.

Key words: Social determinants of health, Chronic disease, Health impact assessment, Healthcare disparities, Health systems, Socioeconomic factors.

Correspondencia:

Ana Fernández-Feito
Edificio de Enfermería y Fisioterapia, s/n
Campus el Cristo
33006 Oviedo, España
fernandezfana@uniovi.es

Cita sugerida: Fernández-Feito A, Vallina-Crespo H, Suárez-Álvarez O, Aldasoro-Unamuno E, Argüelles-Suárez M, Cofiño-Fernández R. Impacto de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica sobre los determinantes sociales de la salud en Asturias. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 11 de mayo e202005034

INTRODUCCIÓN

Se sabe desde hace décadas que la salud está determinada por diferentes factores que van más allá de los estilos de vida o los sistemas sanitarios. En esta esfera, los determinantes sociales de la salud (DSS) actúan de manera importante, ya que las condiciones de vida o los factores relacionados con la estratificación social (edad, género, clase social) son el origen de muchas de las desigualdades en la salud⁽¹⁾. Además, estos DSS tienen una influencia clara sobre las enfermedades crónicas⁽²⁾. Aquellas personas en situación de desigualdad socioeconómica, educativa o con un menor capital social es más probable que experimenten efectos negativos en su salud, enfermedades crónicas e incluso una peor recuperación⁽²⁾.

Por otro lado, el aumento de las personas con patologías crónicas supone un importante reto de salud pública en Europa⁽³⁾. Concretamente, en el norte de España este incremento se relaciona con factores demográficos, un aumento en la esperanza de vida, cambios en las condiciones laborales o educativas o bien en el sistema sanitario⁽⁴⁾. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2031 el 34% de los habitantes de Asturias tendrá más de 65 años, y el 10% tendrá más de 80 años. Este hecho impulsó el diseño y puesta en marcha de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica de Asturias (EAPEC)⁽⁴⁾.

La EAPEC tiene como objetivo mejorar la salud de la población, haciendo incidencia sobre los determinantes de la salud a través de actuaciones sanitarias y comunitarias. Su diseño y puesta en marcha tuvo lugar en 2014. Esta estrategia se articula en cuatro líneas: enfoque poblacional; salud en todas las políticas; participación y autonomía del paciente; continuidad asistencial y adaptación de las intervenciones⁽⁴⁾. A través de estas 4 temáticas se desarrollan 21 proyectos estratégicos con acciones concretas para abordar

las enfermedades crónicas en Asturias mediante un enfoque de equidad y cohesión social⁽⁵⁾. Esta estrategia pretende incorporar una visión global del fenómeno, más allá de la supremacía otorgada al sistema sanitario en el bienestar de las personas con patologías crónicas, y teniendo en cuenta los DSS⁽⁵⁾. Esta visión es especialmente importante en nuestra región donde, tras la crisis económica de los últimos años, se ha observado un empeoramiento de los indicadores socioeconómicos que ha propiciado desigualdades en la salud⁽⁶⁾.

La evaluación del impacto en la salud (EIS) de los proyectos no sanitarios es un fenómeno cada vez más extendido en Europa^(7,8,9) y en España^(10,11). Precisamente, en nuestro país existe legislación específica donde se detalla que las administraciones públicas deberán someter a una EIS todas las normas, programas y proyectos que puedan tener un impacto significativo en la salud⁽¹²⁾. Sin embargo, aplicar una EIS a los propios programas de salud es algo tanto pertinente como novedoso. Es obvio que los proyectos de tipo sanitario pretenden mejorar la salud de las personas, bien sean pacientes, familiares o cuidadores/as. Sin embargo, no siempre se tienen en cuenta los DSS, los cuales son cruciales en la esfera psicosocial de las personas.

Por lo tanto, los objetivos de este trabajo fueron:

- i) Describir el impacto en los determinantes estructurales de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica (EAPEC) de Asturias.
- ii) Proponer acciones de mejora en relación con los factores de estratificación social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio. Mediante metodología cualitativa se realizó un estudio exploratorio para evaluar el impacto de 6 proyectos estratégicos

dentro de la EAPEC. Se seleccionaron dos programas estratégicos en relación con la participación y autonomía del paciente y otros dos vinculados con la continuidad asistencial. Además, se tuvieron en cuenta dos proyectos de especial relevancia a nivel autonómico: uno relacionado con la descripción de la salud en la población asturiana y otro sobre coordinación entre diferentes servicios sanitarios. Al menos uno de ellos pertenecía a cada una de las principales líneas de la estrategia.

Herramienta utilizada. En 2014, un equipo de profesionales en el País Vasco diseñó y validó una herramienta para poder realizar EIS de las políticas públicas sectoriales. Este proceso de evaluación constaba de 5 fases:

- i) Cribado.
- ii) Establecimiento de la dirección y plan de trabajo.
- iii) Evaluación.
- iv) Elaboración de recomendaciones.
- v) Evaluación del proceso.

La primera fase de cribado es la más importante, ya que permite identificar las acciones susceptibles de ser evaluadas por su impacto en salud y, a su vez, condiciona el resto de etapas⁽¹³⁾.

Esta herramienta original⁽¹³⁾ se adaptó a la realidad de Asturias, siendo necesario modificar la primera sección de la herramienta mediante la incorporación de las bases programáticas y las áreas prioritarias de acción del Plan de Salud disponible en nuestra comunidad al realizar el estudio⁽¹⁴⁾.

Este instrumento constaba de dos categorías de análisis para realizar la primera fase de cribado:

i) Características clave de la propuesta política y población afectada.

ii) Impacto sobre los DSS y las desigualdades en salud.

En este estudio, se analizaron los siguientes determinantes estructurales:

– Contexto socioeconómico y político: valores sociales, estado de bienestar, desarrollo económico y gobernanza/buen gobierno.

– Factores referidos a la estratificación social: género, origen/etnia, clase social, diversidad funcional, edad, orientación sexual, localización geográfica, ideología política y creencias religiosas.

Este cuestionario ha sido utilizado en la evaluación de varios proyectos en España^(15,16). Dentro de las limitaciones de este diseño se incluye que la herramienta fue diseñada para abordar proyectos no sanitarios. Sin embargo, es interesante su aplicación en estrategias de salud, ya que muchas de estas acciones pueden ser diseñadas y ejecutadas sin tener en cuenta los DSS, especialmente los determinantes estructurales basados en el contexto socioeconómico y político, así como los factores de estratificación social.

Procedimiento. Mediante muestreo opinático, se llevó a cabo una entrevista personal semiestructurada con la persona responsable de cada proyecto entre enero y mayo de 2016. Las entrevistas fueron realizadas siempre por la misma investigadora y una observadora registró todo el proceso.

Técnica de recogida de datos. En la entrevista se explicó el propósito del estudio y se obtuvo consentimiento informado de cada participante. El guion de la entrevista se basaba en contestar

a los diferentes apartados de la herramienta sobre la influencia del proyecto en el contexto socioeconómico y político, así como sobre los factores de estratificación social. Un ejemplo fue: *¿Qué impacto cree que tiene su programa sobre los valores sociales (salud, justicia social, equidad)?* (anexo I). El impacto se clasificó en dudoso, muy negativo, negativo, positivo o muy positivo. Además, se registró la justificación aportada por el responsable del programa. El encuentro tuvo lugar en centros públicos de trabajo y su duración fue de 60-90 minutos.

Análisis de la información. Posteriormente se realizó un análisis de contenido sobre la información cumplimentada en la herramienta. Las aportaciones de cada informante se recogieron en un documento escrito, el cual fue analizado por la entrevistadora principal y otro miembro del equipo, de manera que cada entrevista fue revisada por dos personas. Tras este análisis por parejas, en algunos casos se recopiló información complementaria de cada proyecto (informes públicos, manuales...) para corroborar algunos aspectos de la información obtenida. Finalmente, se elaboró un informe de resultados y se propusieron acciones de mejora que fueron remitidos al responsable de cada proyecto. Las propuestas fueron elaboradas por consenso entre el equipo de investigación, donde siempre participaron las investigadoras que realizaron el trabajo de campo, además de una o dos personas con amplia experiencia en políticas sanitarias o de salud pública. Este estudio no precisó aprobación por el Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias.

RESULTADOS

Los proyectos analizados fueron: “Escuela Pacientes”, “Personas Cuidadoras”, “Continuidad Asistencial de la Atención a las Personas con Trastorno mental Grave/Severo (TMG/s)”, “Calidad y Seguridad”, “Observatorio de Salud de Asturias” y “Coordinación Sanitaria entre los

Servicios Sociales y Sanitarios”. La distribución de los proyectos analizados en función de las líneas prioritarias de actuación, sus objetivos y la población diana a quien iban dirigidos se presentan en la **tabla 1**.

El impacto de cada proyecto en los determinantes del contexto socioeconómico/político y sobre los factores de estratificación social se presenta en la **tabla 2**. Todos los proyectos tuvieron una influencia positiva en los factores del contexto socioeconómico y político, especialmente sobre los valores sociales y el estado de bienestar. En relación al desarrollo económico o la gobernanza/buen gobierno, algunos proyectos presentaron un impacto dudoso y se propusieron acciones de mejora. Para incrementar el impacto del proyecto “Personas Cuidadoras” sobre la gobernanza y buen gobierno se propuso organizar talleres coordinados con los servicios sociales, para apoyar así la presencia de personal sanitario adicional que pueda colaborar en la labor de cuidado de sus familiares y facilitar su asistencia. Respecto al programa de “Calidad y seguridad”, las propuestas de mejora en cuanto a lograr un buen gobierno fueron: mostrar a los profesionales sanitarios los resultados de las evaluaciones de calidad de manera sistemática e impulsar una mayor transparencia en cuanto a la información que reciben las personas usuarias sobre su sistema de salud (por ejemplo, datos de gestión clínica, efectos adversos...)

En cuanto a la estratificación social, no existió un patrón definido sobre los impactos detectados sino más bien cada proyecto ejerció acciones positivas o negativas en función de cada factor analizado. No obstante, se detectaron impactos positivos en cuanto a la edad y la diversidad funcional y, por el contrario, en los factores vinculados a la localización geográfica, el género, el origen/etnia y la clase social se concentraron los principales efectos negativos. Las propuestas de mejora se formularon sobre todo en aquellos determinantes donde se observó un impacto negativo (**tablas 3 y 4**).

Tabla 1
Proyectos evaluados según las líneas de actuación de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica (AEPEC).

Líneas de actuación dentro de la AEPEC	Proyectos	Referencia	Objetivos	Población diana
Enfoque poblacional	Observatorio de Salud de Asturias	OBSA	<p>Generar un espacio de conocimiento sobre la información en salud en Asturias. Garantizar que la información llegue de forma comprensible a la mayoría de agentes de salud posibles.</p> <p>Vincular estos hallazgos a las diferentes actuaciones comunitarias en salud en Asturias.</p>	<p>Personas que participan en actividades comunitarias y proyectos de salud. Profesionales sanitarios y de las instituciones municipales.</p>
Salud en todas las políticas	Coordinación Sociosanitaria	CSS	<p>Abordar las intervenciones destinadas a la atención de personas vulnerables socialmente que precisan de la atención de los servicios sanitarios y sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida y bienestar personal.</p>	<p>Personas de edad avanzada con riesgo de discapacidad o en estado de vulnerabilidad. Personas con enfermedades mentales crónicas con necesidad de alojamiento.</p> <p>Población infantil con trastornos graves del desarrollo.</p> <p>Personas adultas con discapacidad entre 18 y 65 años.</p>
Participación y Autonomía del Paciente	Escuela de Pacientes y Pacientes expertos/as	Escuela de pacientes	<p>Impulsar, coordinar y compartir contenidos formativos en salud, conocimientos y habilidades en personas con patologías crónicas y sus cuidadores/as haciéndoles partícipes de su enfermedad.</p>	<p>Personas adultas con patologías crónicas y sus familiares.</p>
	Atención a las Personas Cuidadoras	Personas cuidadoras	<p>Visibilizar el cuidado de las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres, para mejorar su salud y su calidad de vida a través de talleres grupales.</p>	<p>Personas cuidadoras de pacientes dependientes graves.</p>
Continuidad Asistencial y Adaptación de las Intervenciones	Continuidad Asistencial de la Atención a las Personas con Trastorno mental Grave/Severo	TMG/S	<p>Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a las personas con problemas de salud mental.</p>	<p>Personas con trastorno mental grave/severo. Familiares/cuidadores de estos/as pacientes. Trabajadores/as sanitarios del ámbito de salud mental.</p>
	Calidad y Seguridad en la Asistencia Sanitaria	Calidad y seguridad	<p>Fomentar la cultura de seguridad en los centros de atención sanitaria. Mejorar la seguridad del paciente incidiendo en los tipos de efectos adversos más comunes y la atención centrada en el paciente.</p>	<p>Pacientes con enfermedades crónicas y personas que entran en contacto con el sistema sanitario.</p>

Tabla 2
Impacto de los proyectos evaluados en los determinantes estructurales.

Proyectos evaluados de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica

Variables		OBSA	CSS	Escuela de pacientes	Personas Cuidadoras	TMG/S	Calidad y Seguridad
Contexto socioeconómico y político	Valores sociales (salud, justicia social, equidad)	+	+	+	+	+	+
	Estado de bienestar (políticas sociales, de empleo, salud, educación)	+	+	+	+	+	+
	Desarrollo económico (políticas redistributivas, políticas fiscales)	D	NI	+	NI	+	NI
	Gobernanza/ Buen gobierno (gestión eficiente y sostenible a nivel económico, político, social, cultural y medioambiental)	+	+	NI	+ ♣	+	D ♣
Estratificación social	Género	D ♣	- ♣	- ♣	+ ♣	D ♣	NI
	Origen/Etnia	D ♣	D ♣	- ♣	NI	NI ♣	- ♣
	Clase social	+	- ♣	+ ♣	D ♣	D ♣	- ♣
	Diversidad funcional	+	+	- ♣	NI	+ ♣	+
	Edad	+	+ (Infancia)	+	+	+	D ♣
	Orientación Sexual	NI	NI	NI	NI	NI	NI
	Localización geográfica	+	- ♣	D ♣	- ♣	+ ♣	- ♣
	Ideología Política	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Creencias religiosas	NI	NI	NI	NI	NI	NI	

+: Impacto positivo; -: Impacto negativo; D: Impacto Dudoso; NI: No influencia del Proyecto; ♣: Existen propuestas de mejora.

Tabla 3
Acciones de mejora propuestas en los determinantes relacionados con la estratificación social: género, origen/etnia y clase social.

Proyectos evaluados de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica						
Variables	OBSA	CSS	Escuela de pacientes	Personas Cuidadoras	TMG/S	Calidad y Seguridad
Género	<ul style="list-style-type: none"> - Visibilizar la información generada por el Instituto Asturiano de la Mujer para dar conocer la situación de desigualdad en que viven las mujeres en Asturias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la diferencia en calidad de vida de ambos sexos para disminuir las desigualdades. - Conciliar tanto a profesionales como a la población de que debe promoverse un apoyo más explícito a las mujeres en todos los grupos de edad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Captación exhaustiva de mujeres con enfermedades crónicas y cuidadoras. - Registro y control del número de mujeres en el personal formador y en los/as asistentes. - Apoyo a mujeres cuidadoras de grandes enfermos crónicos para que puedan acudir a los talleres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar actuaciones que involucren a los hombres como cuidadores y traten de eliminar los roles de género. - Invitar a los talleres a maridos, hijos, padres... de la persona cuidadora, para hacerlos participantes del cuidado de forma directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar y mejorar la situación de las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres, de personas con patología mental grave o severa. 	
Origen/Etnia	<ul style="list-style-type: none"> - Definir la situación de la población inmigrante en Asturias. - Realizar un monográfico sobre la salud de este grupo de población. - Informar acerca de la situación de la población de otra etnia (como son, por ejemplo, la población gitana) y buscar conexiones con otros DSS el empleo o la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la situación de las personas inmigrantes y de otra etnia en nuestra región. - Apoyar o facilitar el acceso a personas en situación de exclusión o con mayores dificultades debido al idioma, la cultura, o las costumbres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y captación de inmigrantes con enfermedad crónica. - Captación de población gitana con enfermedades crónicas. - Captación y formación de líderes entre la población gitana. - Adaptación del programa a la población inmigrante y de otras etnias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la situación de personas inmigrantes con patología mental grave o severa identificando barreras idiomáticas y/o culturales para evitar la interrupción de los cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información transparente, clara y entendible. - En especial para aquellos pacientes con barreras idiomáticas o de otros grupos étnicos/culturales. 	
Clase social		<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a aquellas personas con menos recursos, cuyos cuidadores también están enfermos o son dependientes. - Crear redes y recursos para aquellas personas que no pueden acceder a una residencia por bajo nivel de dependencia pero que su situación personal y social le hacen dependiente. - Trabajar en equipo con los y las trabajadoras del centro de salud para identificar aquellas personas que precisan ayuda debido a su falta de recursos, falta de apoyo familiar, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar dificultades sociales, económicas y formativas que impidan a las personas acudir al taller. - Captación específica de personas con más dificultades económicas y educativas que precisen medidas más específicas. - Adopción de medidas para facilitar asistencia a la formación en personas desfavorecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar actuaciones concretas para favorecer el acceso a los grupos de personas cuidadoras más vulnerables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la situación de personas sin hogar con patologías mentales para valorar actuaciones no solo individuales, sino también sobre la problemática social que impide al paciente empoderarse y vivir con la enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar aquellas personas con menos recursos cuya situación económica pueda interferir en su situación de salud. - Proporcionar información sobre recursos y profesionales disponibles en medio hospitalario y comunitario.

Tabla 4
Acciones de mejora propuestas en los determinantes relacionados con la estratificación social:
Diversidad funcional, edad, localización geográfica y otras propuestas.

Proyectos evaluados de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica						
Variables	OBSA	CSS	Escuela de pacientes	Personas Cuidadoras	TMG/S	Calidad y Seguridad
Diversidad funcional	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación y captación de personas con enfermedades crónicas que a su vez tienen algún tipo de discapacidad. - Adaptación del programa, por ejemplo, sistema braille o adaptación para discapacitados auditivos. - Medidas que apoyen a las personas con movilidad reducida. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la situación de cada paciente, dando prioridad a aquellas personas con menos recursos, aunque tengan menor nivel de discapacidad. 	-
Edad	-	-	-	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta en mayor medida la edad y el nivel educativo en el proceso de informar y toma de decisiones.
Localización geográfica	-	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar el campo de acción a zonas rurales. - Apoyar a familias de personas institucionalizadas para que acudan a las visitas. - Unificar las listas de espera permitiendo a aquellas personas con patología mental acceder a las plazas en residencias de mayores como el resto de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapeo de enfermos crónicos y su localización geográfica. - Identificación de las áreas más dispersas. - Creación de medidas de apoyo (Ej taxis públicos) para que las personas que viven alejadas puedan acceder al taller. - Optar por grupos de trabajo más pequeños y más cercanos a la población rural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar los talleres con menos participantes. - Si no es posible realizar talleres grupales, diseñar actuaciones individualizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acercar aún más el programa a los núcleos de población con menos recursos y en entornos rurales. - Creación de más centros de día, de tratamiento integral y orientados a población infantojuvenil. - Ampliación de los alojamientos tutelados existentes en toda la región. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar los criterios de calidad para evitar la variabilidad clínica entre hospitales. - Establecer criterios mínimos de calidad y seguridad en el proceso asistencial en áreas periféricas.
Otras propuestas	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto sobre grupos de población en riesgo de vulnerabilidad por no visibilizar su situación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar los cambios en los servicios sociales y sanitarios y la inestabilidad de ciertas medidas que afectan a los pacientes y a sus familias, en especial en el caso de los pacientes de salud mental. - Buscar el punto medio entre las dos corrientes en salud mental: la institucionalización y la inclusión social, individualizando las acciones para cada persona según sus necesidades, sus recursos y su situación social. 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las barreras de las personas cuidadoras que rechazan el taller y buscar medidas que apoyen a la persona cuidadora. - Normalizar la actuación de los profesionales ante cuidadores/as con barreras idiomáticas y/o culturales, económicas, sociales... - Favorecer el acceso a aquellas personas con más dificultades ya que son los que más precisan de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la sensibilización de la población. - Trabajar de forma intensiva con los medios de comunicación para evitar la discriminación social que sufren estos pacientes. 	-

En cuanto a la localización geográfica, se expresó la necesidad de ampliar estos programas a zonas más alejadas y rurales, extendiendo su acción más allá de los principales núcleos urbanos. Respecto al género, se propuso especialmente analizar e incluir una perspectiva de género en todos los proyectos, visibilizando la desigualdad hacia las mujeres. Se constató el importante papel de las mujeres como personas cuidadoras. También se propuso atender a las necesidades de los colectivos de población inmigrante o a minorías étnicas como la comunidad gitana para fomentar su participación en estos programas. Respecto a la clase social, se planteó revisar la inclusión de las personas con menos recursos y/o con mayores dificultades económicas en estas acciones.

Ningún proyecto tuvo efectos sobre la orientación sexual, la ideología política y/o las creencias religiosas, por lo que tampoco hubo propuestas de mejora.

DISCUSIÓN

La realización de esta evaluación del impacto en salud nos permite detectar que la EAPEC tiene un impacto positivo en los valores sociales y el estado de bienestar. Sin embargo, es necesario mejorar su influencia sobre ciertos factores de estratificación social.

Se seleccionó esta herramienta por su facilidad para ser el hilo conductor de las entrevistas realizadas dentro de este estudio exploratorio cualitativo. Además, es una herramienta sencilla y relativamente corta para explorar DSS y desigualdades en salud.

Todos los proyectos evaluados son concebidos al amparo de valores sociales universales como la salud, la justicia social, etc. Igualmente, todos procuran incrementar el estado de bienestar a través de políticas sociales, la educación, etc. Por su carácter eminentemente sanitario,

estos programas tienen menos influencia en el desarrollo económico o en la gobernanza/buen gobierno, ya que son percibidos como estrategias muy centradas en la salud y más alejadas de la esfera de la política o del sistema de gobierno.

Algunos de estos proyectos son iniciativas pioneras en nuestra región, como el Programa de Escuela de Pacientes⁽¹⁷⁾. Este programa, basado en la metodología de la Universidad de Stanford, pretende empoderar a las personas con patologías crónicas y a sus cuidadores/as, fomentando su autocuidado y autonomía. En Asturias, este equipo de trabajo está coordinando un proyecto europeo “EFFICHRONIC” en cinco países (Francia, Italia, Holanda, Reino Unido y España), que utiliza esta misma metodología en poblaciones vulnerables a nivel social, económico y/o educativo. Este tipo de proyectos pone de manifiesto que existe una tendencia actual a considerar los determinantes de estratificación social en las políticas de salud. Sin embargo, aún existen aspectos importantes que se deberían mejorar en el diseño y ejecución de los programas sanitarios.

Prácticamente todos los programas presentan una influencia positiva sobre la edad y la diversidad funcional. La mayoría de las estrategias están dirigidas a la población adulta pero también muestran su sensibilidad hacia la infancia, como por ejemplo el programa de coordinación sociosanitaria en menores con patologías crónicas. Este abordaje incorpora la recomendación de tener en cuenta la perspectiva del ciclo de la vida (infancia/edad adulta/ancianidad) y su interacción con los DSS en función del momento vital, pero sin perder de vista el aumento de las patologías crónicas con el envejecimiento⁽¹⁸⁾.

La localización geográfica es el elemento donde se detectan más impactos negativos, ya que muchos de los programas tienen como área de influencia las áreas centrales de nuestra región. La recomendación unánime es ampliar estos

proyectos en las áreas rurales, donde además pueden existir enfermos/as crónicos/as de edad avanzada, sin medios de transporte, etc., lo que incrementaría aún más las desigualdades. Para entender la salud de manera global es preciso considerar que, muchas veces, el desarrollo, evolución y desenlace de ciertas enfermedades está relacionado con las condiciones de vida de las personas, y estas pueden ser muy diferentes en el entorno rural respecto a áreas más centralizadas. Esta realidad ya fue revelada por Cofiño Fernández⁽¹⁹⁾, haciendo referencia a que “*el código postal es más importante para la salud que el código genético*”.

El género es un determinante clave dentro de la estratificación social. En España, durante la crisis económica de los últimos años se ha incrementado la desigualdad, y esta inequidad de género continua siendo desfavorable para las mujeres⁽²⁰⁾. Así, en 2014 se detecta una importante brecha de género en cuanto a empoderamiento y en la actividad económica. Por otro lado, se sabe que las políticas que fomentan la equidad de género tienen efectos positivos sobre la mortalidad general y cardiovascular⁽²¹⁾, así como sobre la autopercepción de la salud⁽²²⁾, mejorando estos indicadores en las mujeres. Según nuestros resultados, es necesario visibilizar la situación real de las mujeres y su importante papel como cuidadoras de pacientes crónicos, ya que en muchos casos esta condición implica a su vez consecuencias negativas en su propia salud⁽²³⁾ y la pérdida de oportunidades formativas, laborales, etc. Algunas de nuestras propuestas pasan por involucrar a miembros varones del entorno familiar en este rol de cuidador, para poder empoderar a las mujeres a través de su participación en talleres y reuniones que al menos visibilicen su condición de pacientes crónicas o su relevante papel como cuidadoras.

Algunos autores⁽²⁴⁾ encuentran que las barreras de la población inmigrante para acceder a los servicios de salud están relacionadas con

factores estructurales y también de tipo individual, como son problemas culturales o lingüísticos. Pero no debemos olvidar que el sistema de salud y sus profesionales también tienen un importante papel en estas desigualdades⁽²⁵⁾. En nuestro caso, hacemos referencia a estos últimos factores en el sentido de que los proyectos evaluados y las personas que los ejecutan pueden no ser sensibles a las necesidades de estos colectivos vulnerables y pueden limitar su accesibilidad. Sin duda, sería deseable fomentar la competencia intercultural de manera transversal desde los responsables institucionales hasta las personas que directamente trabajan en cada proyecto⁽²⁶⁾. Precisamente, algunos profesionales sanitarios ya demandan apoyo para superar las barreras en la atención a la población inmigrante, solicitando incrementar el tiempo de consulta, materiales adaptados en otros idiomas y formación práctica para el personal^(27,28).

Por otro lado, merece una especial atención la comunidad gitana. Esta población, a pesar de ser una de las minorías étnicas más importantes en España y Europa, siempre ha estado marcada por la exclusión social^(29,30). El estado de salud de la población gitana es peor que en la población general, tanto en España⁽³⁰⁾ como en Europa⁽³¹⁾ y, a pesar de esta realidad, en las últimas décadas se han desarrollado pocas intervenciones para mejorar esta situación⁽³²⁾. Parece necesario realizar un análisis en profundidad de esta situación y potenciar la participación efectiva de esta comunidad, no sólo en los programas de salud sino también en otras acciones sociales o políticas que le afectan de manera importante. Además, se debería impulsar y evaluar el impacto de otras políticas sectoriales sobre los DSS como la educación, el trabajo, etc., los cuales son determinantes por su vinculación directa con la salud^(29,33).

Por último, para disminuir los impactos negativos relacionados con la clase social, se propone identificar y apoyar a aquellas personas en una

situación socioeconómica más vulnerable, para que puedan acceder a las acciones y recursos del programa de cronicidad. Estas medidas no siempre son fáciles de implementar, ya que aspectos como el nivel educativo o el desempleo requieren de un abordaje integral más allá de las políticas de salud. No obstante, es necesario que las administraciones públicas tengan en cuenta este factor socioeconómico para no incrementar aún más las desigualdades en salud⁽³⁴⁾.

Por último, existe una creciente conciencia internacional sobre la importancia de los factores socioeconómicos y sociales en relación con la salud⁽³⁵⁾. Sin embargo, muchos/as profesionales de medicina y enfermería sienten que no pueden actuar sobre esos factores y, por lo tanto, transfieren esa responsabilidad a los poderes públicos y a las administraciones sanitarias⁽³⁶⁾. A pesar de esta realidad, no solo los responsables de las políticas públicas en España deben ser sensibles a los DSS y evaluar el impacto de los programas en estos determinantes. Sería conveniente que todos los agentes y profesionales relacionados con la salud incorporasen esta visión. Además, el desarrollo de este estudio permite sensibilizar a los responsables de los programas públicos sanitarios sobre la importancia de los DSS.

Como limitaciones del trabajo, una de ellas es no poder abordar todos los proyectos incluidos en la estrategia por la complejidad y la ausencia del tiempo requerido. Por otro lado, la realización de la EIS a través de los responsables técnicos de cada programa puede sobrevalorar las aportaciones positivas de cada proyecto. No obstante, pensamos que sólo el hecho de reflexionar sobre los DSS y permitir que cada programa fuese analizado mediante esta herramienta, propicia un análisis crítico de cada proyecto que impulsará medidas concretas para su adaptación. Además, en virtud de cada impacto negativo o dudoso detectado, se

proponen acciones de mejora que podrían ser un punto de partida para optimizar cada programa.

A modo de conclusión, la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica tiene efectos positivos, sobre todo en el contexto socioeconómico y político, mejorando los valores sociales y el estado de bienestar. Es importante tener en cuenta los DSS desde la planificación y durante la ejecución de los programas sanitarios, ya que, además de mejorar la salud de las personas, podrían ser más eficaces y equitativos, así como tener un mayor alcance si se tuvieran en cuenta determinantes estratégicos como el género o la localización geográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
2. Cockerham WC, Hamby BW, Oates GR. The Social Determinants of Chronic Disease. *Am J Prev Med.* 2017;52(1S1): S5-S12.
3. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, Interventions and Challenges. Copenhagen: WHO, on behalf of the European Observatory on Health System and Policies, 2010.
4. Cofiño R, Hevia JR, Suárez O, Suárez FM, Bruno J. Personas Sanas, Poblaciones Sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas en Asturias. Oviedo. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. 2014.
5. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(1):88-93.
6. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud para Asturias 2012. Oviedo: Dirección General de Salud Pública. 2012.

7. Chadderton C, Elliott E, Hacking N, Shepherd MG, Williams. Health impact assessment in the UK planning system: the possibilities and limits of community engagement. *Health Promot Int.* 2013; 28: 533-543.
8. Dannenberg AL. Effectiveness of Health Impact Assessments: A Synthesis of Data From Five Impact Evaluation Reports. *Prev Chronic Dis.* 2016; 13:E84
9. Roué-Le Gall A, Jabot F. Health impact assessment on urban development projects in France: finding pathways to fit practice to context. *Glob Health Promot.* 2017; 24(2):25-34.
10. Serrano E, Larrañaga I, Morteruel M, Baixas de Ros MD, Basterrechea M, Martínez D, Aldasoro E, Bacigalupe A. Urban regeneration as population health intervention: a health impact assessment in the Bay of Pasaia (Spain). *Int J Equity Health.* 2016; 15(1):145.
11. Venegas-Sánchez J, Rivadeneyra-Sicilia A, Bolívar-Muñoz J, López-Fernández LA, Martín-Olmedo P, Fernández-Ajuria A et al. Evaluación del impacto en la salud del proyecto de reurbanización de la calle San Fernando en Alcalá de Guadaíra (Sevilla) *Gac Sanit.* 2013; 27(3):233-240.
12. Ley General de Salud Pública. Ley 33/2011 de 4 de octubre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 240, (05/10/2011).
13. Aldasoro E, Bacigalupe A, Calderón C, Esnaola S, Sanz E. Herramienta de cribado para la Evaluación del Impacto en Salud de las políticas públicas sectoriales. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014.
14. Suárez Álvarez Ó, Fernández-Feito A, Vallina Crespo H, Aldasoro Unamuno E, Cofiño R. Herramientas para una evaluación del impacto en salud de los programas de salud pública e intervenciones comunitarias con una perspectiva de equidad. *Gac Sanit.* 2018; 32(6):579- 581.
15. Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. Health impact assessment of an urban regeneration project: opportunities and challenges in the context of a southern European city. *J Epidemiol Community Health.* 2010; 64(11):950-955.
16. Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, Aldasoro E, Calderón C, Zuazagoitia J et al. La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010; 24 Suppl 1:109-113.
17. Pisano González M, Hevia Fernández JR. Proyecto escuela de pacientes. Oviedo: Consejería de S a n i d a d ; 2015. Disponible en <https://www.astursalud.es/documents/31867/36144/Proyecto+Escuela+de+Pacientes.pdf/cc942a97-f72a-6c92-1122-a06f88343f31>.
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
19. Cofiño Fernández R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria.* 2013; 45(3):127-128.
20. Fernández-Sáez J, Ruiz-Cantero MT, Guijarro-Garvi M, Rodenas-Calatayud C, Martí- Sempere M, Jiménez-Alegre MD. Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. *Gac Sanit.* 2016; 30(4):250- 257.
21. Backhans M, Burström B, de Leon AP, Marklund S. Is gender policy related to the gender gap in external cause and circulatory disease mortality? A mixed effects model of 22 OECD countries 1973-2008. *BMC Public Health.* 2012; 12:969.
22. Palència L, Malmusi D, De Moortel D, Artazcoz L, Backhans M, Vanroelen C, Borrell C. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Soc Sci Med.* 2014; 117:25-33.
23. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit.* 2011;25 Suppl 2:100-107.
24. Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Agudelo-Suárez AA, Castejón Bolea R, Ronda-Pérez E. Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to

- health care access faced by migrants. *Ethn Health*. 2015; 20(5):523-541.
25. Wheeler SM, Bryant AS. Racial and Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(1):1-11.
26. Dauvrin M, Lorant V. Leadership and cultural competence of healthcare professionals: a social network analysis. *Nurs Res*. 2015; 64:200-210.
27. Belintxon M, López de Dicastillo O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(3):401-9
28. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009;23(5):396-402.
29. Escobar-Ballesta M, García-Ramírez M, Miranda D, Petrova-Benedict R. Shedding light on governance for Roma health inequities. *J Prev Interv Community*. 2018;46(1):84-99.
30. La Parra Casado D, Gil González D, De la Torre Esteve M. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethn Health*. 2016;21(5):468-479.
31. Cook B, Wayne GF, Valentine A, Lessios A, Yeh E. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003-2012. *Int J Public Health*. 2013;58(6):885-911.
32. Fernández-Feito A, Pesquera-Cabezas R, González-Cobo C, Prieto-Salceda MD. What do we know about the health of Spanish Roma people and what has been done to improve it? A scoping review. *Ethn Health*. 2019;24(2):224-243.
33. Fésüs G, Östlin P, McKee M, Ádány R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: the European experience. *Health Policy*. 2012;105(1):25-32.
34. Barroso C, Abásolo I, Cáceres JJ. Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect. *Int J Equity Health*. 2016; 15:62.
35. Lucyk K, McLaren L. Taking stock of the social determinants of health: A scoping review. *PLoS One* 2017; 12(5): e0177306.
36. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*. 2014,129 Suppl 2:19-31.

Anexo I

Metodología y guion de la entrevista semiestructurada.

1. Presentación del equipo de investigación y del responsable del programa.
2. Consensuar el desarrollo de la entrevista (objetivos, justificación y duración de la entrevista, realización informe final, etc).
3. El entrevistador explicó que se trataba de analizar si su programa presentaba impactos muy positivos, positivos, neutros, negativos, muy negativos o dudosos sobre los determinantes socioeconómicos y políticos y de estratificación social. También se ofreció la posibilidad de que un programa no presentase influencia o no tuviese relación con alguno de los factores analizados.
4. Guion de la entrevista:
 - Para la sección de determinantes socioeconómicos y políticos, se formulaban cuatro preguntas, por ej. *¿Qué impacto cree que tiene su programa sobre los valores sociales (salud, justicia social, equidad)?*
 - A continuación, se formularon nueve preguntas sobre los factores de estratificación social:
¿Qué impacto tiene su programa sobre el género?
¿Cree que puede generar desigualdades en algún grupo en concreto?
5. Se ofrecieron todas las aclaraciones necesarias ante conceptos dudosos y se apuntaron los comentarios formulados por el responsable de cada programa.
6. Al finalizar, se agradeció la participación y se acordó un nuevo encuentro si fuese necesario para valorar el informe realizado.