

Informe SESPAS

Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014



Soledad Márquez-Calderón^{a,b,*}, Román Villegas-Portero^c, Victoria Gosalbes Soler^d y Flora Martínez-Pecino^b

^a Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Sevilla, España

^b Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Sevilla, España

^c Coordinación de Sistemas de Información, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, España

^d Centro de Salud Salvador Pau, Fundación de Investigación del Hospital Clínico Universitario Instituto de Investigación Sanitaria (INCLIVA), Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de agosto de 2013

Aceptado el 31 de enero de 2014

Palabras clave:

Prevención
Promoción de la salud
Atención primaria
Crisis económica
Políticas de salud

Keywords:

Preventive health services
Health promotion
Primary health care
Economic recession
Health policy

R E S U M E N

Este artículo revisa la evolución de los estilos de vida e identifica algunas prioridades y líneas de mejora en prevención y promoción de la salud en el momento actual de crisis económica. Se utilizan diversas fuentes, incluida una encuesta a 30 expertos/as en salud pública y atención primaria. Entre 2006 y 2012 no se detectan grandes cambios en estilos de vida, salvo un descenso en el consumo habitual de alcohol. Desciende ligeramente el consumo de drogas ilegales, pero aumenta el de psicofármacos. La mayoría de los/las expertos/as considera que debe mejorarse la toma de decisiones sobre cribados poblacionales y vacunas, incluyendo el análisis del coste de oportunidad, y mayor transparencia e independencia de los/las profesionales implicados/as. La prevención está contribuyendo a la medicalización de la vida, pero hay opiniones divididas sobre la necesidad de algunas actividades preventivas. Las prioridades en prevención están en el ámbito de la salud mental y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en grupos vulnerables. La mayoría de los/las expertos/as considera que las intervenciones de promoción de la salud tienen potencial para mitigar los efectos de la crisis, y que son grupos prioritarios la infancia, las personas desempleadas y otros grupos vulnerables. Son intervenciones prioritarias las actividades comunitarias en colaboración con ayuntamientos y otros sectores, la abogacía y la promoción de la salud mental. Se considera deseable un mayor uso de la legislación y de los medios de comunicación como herramientas de promoción. Es importante clarificar el rol del sector sanitario en las actividades intersectoriales, y reconocer las limitaciones, puesto que los determinantes sociales de salud dependen de otros sectores. Se advierte asimismo del riesgo derivado de los recortes y de las políticas que inciden negativamente en las condiciones de vida.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health promotion and prevention in the economic crisis: the role of the health sector. SESPAS report 2014

A B S T R A C T

This article reviews trends in lifestyle factors and identifies priorities in the fields of prevention and health promotion in the current economic recession. Several information sources were used, including a survey of 30 public health and primary care experts. Between 2006 and 2012, no significant changes in lifestyle factors were detected except for a decrease in habitual alcohol drinking. There was a slight decrease in the use of illegal drugs and a significant increase in the use of psychoactive drugs. Most experts believe that decision-making about new mass screening programs and changes in vaccination schedules needs to be improved by including opportunity cost analysis and increasing the transparency and independence of the professionals involved. Preventive health services are contributing to medicalization, but experts' opinions are divided on the need for some preventive activities.

Priorities in preventive services are mental health and HIV infection in vulnerable populations. Most experts trust in the potential of health promotion to mitigate the health effects of the economic crisis. Priority groups are children, unemployed people and other vulnerable groups. Priority interventions are community health activities (working in partnership with local governments and other sectors), advocacy, and mental health promotion. Effective tools for health promotion that are currently underused are legislation and mass media. There is a need to clarify the role of the healthcare sector in intersectorial activities, as well as to acknowledge that social determinants of health depend on other sectors. Experts also warn of the consequences of austerity and of policies that negatively impact on living conditions.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: soledadm.marquez@juntadeandalucia.es (S. Márquez-Calderón).

Ideas clave

- Entre antes de la crisis económica y el año 2012 no se han producido grandes cambios en los estilos de vida y exposición a riesgos, excepto un descenso del consumo habitual de alcohol (no del consumo intensivo) y un aumento del consumo de psicofármacos.
- Las principales propuestas de los/las expertos/as en salud pública y atención primaria en el campo de la prevención y la promoción de la salud son:
 - Mejorar la racionalidad y la independencia de la toma de decisiones sobre programas preventivos poblacionales (cribados y vacunas), teniendo en cuenta el coste de oportunidad y los efectos adversos, mejorando la declaración de conflictos de intereses y contando con más profesionales que sean independientes de la industria.
 - Mejorar el desarrollo de las intervenciones de promoción de la salud, hasta ahora escaso, en especial de las actividades comunitarias en colaboración con ayuntamientos y otros sectores, la abogacía, la promoción de la salud mental y la reducción de la medicalización de la vida.
 - Utilizar más algunas herramientas potencialmente efectivas en promoción de la salud, como la legislación y los medios de comunicación.
 - Dar prioridad a los grupos poblacionales más necesitados y vulnerables: infancia y adolescencia, personas desempleadas y otros grupos en riesgo por su situación económica o de dependencia.
- La mayor división de opiniones entre los/las expertos/as se relaciona con la necesidad de una serie de actividades preventivas que se realizan actualmente, muchas de ellas incluidas en las carteras de servicios, por lo que sería deseable profundizar en un debate informado, dando voz a profesionales con distintas opiniones y que sea transparente en relación a los conflictos de intereses.
- Es necesario definir mejor el rol del sector sanitario en las acciones intersectoriales de ámbito local (si de liderazgo o apoyo), sin perder de vista que los determinantes sociales de la salud dependen sobre todo de otros sectores, pero trabajando desde la abogacía (advirtiendo de las consecuencias en la salud de las políticas de austeridad y otras que tienen un impacto negativo en los derechos y las condiciones de vida).

Introducción

La prevención es una actividad esencialmente sanitaria, que incluye intervenciones como los cribados, las vacunas y el consejo sobre factores de riesgo, y está enfocada a evitar la enfermedad¹. La promoción de la salud responde a un concepto de salud positiva que requiere, además del sector sanitario, de la implicación de otros sectores²⁻⁴; su objetivo es que las personas y comunidades cuenten con las condiciones y los medios necesarios para mejorar su salud⁴, promoviendo el desarrollo de sus capacidades y la disposición y uso de los recursos que facilitan una vida satisfactoria. Estos recursos (activos en salud) pueden ser materiales y económicos, pero también políticos, ambientales, culturales y personales^{3,5}.

¿Qué papel desempeñan la prevención y la promoción en un contexto de crisis económica profunda? ¿Qué puede hacerse desde el sector sanitario? Para dar respuesta a estas preguntas es necesario situarse en el marco de los determinantes socioeconómicos de la salud⁶. Por una parte, el propio sistema sanitario puede considerarse como uno de estos determinantes, y las políticas que afectan a su accesibilidad van a tener un impacto en la salud y en la equidad. Por otra parte, el empeoramiento de las condiciones de vida de grandes sectores de la población, la alta tasa de desempleo y los desahucios tendrán un impacto importante en la salud⁷ y en

sus determinantes más inmediatos (estilos de vida y exposición a riesgos).

En este contexto, resulta crucial prever y vigilar las consecuencias de la crisis en la salud y la equidad, así como poner en marcha políticas que puedan mitigarlas. Este artículo pretende aportar algunas claves sobre las posibilidades de actuación desde el sector sanitario en lo relacionado con la prevención y con la promoción de la salud. Para ello se plantean tres objetivos: 1) explorar si ha habido cambios en algunos hábitos y prácticas preventivas en la población española, entre antes de la crisis y durante ella; 2) describir el proceso de toma de decisiones sobre programas preventivos de carácter poblacional (cribados y vacunas) durante la crisis; y 3) explorar la opinión de profesionales expertos/as en salud pública y atención primaria sobre el papel del sector sanitario en la prevención y la promoción de la salud, referida a distintos aspectos (situación antes y durante la crisis, prioridades actuales, aspectos que pueden mejorarse para mitigar los efectos de la crisis).

Evolución en España de los estilos de vida con la crisis económica

Se ha utilizado la Encuesta Nacional de Salud (ENS)⁸, comparando los datos de 2006 y 2012 (tabla 1). Se observa que no se han producido grandes cambios, salvo un descenso del consumo habitual de alcohol, aunque se mantiene el consumo intensivo de riesgo. Continúa la tendencia al descenso del consumo de tabaco que se venía produciendo previamente. Por otro lado, se produce un ligero aumento de la prevalencia de sobrepeso-obesidad, en especial a costa del subgrupo de obesidad, así como un incremento cercano al 2% de la población que no realiza ejercicio en su tiempo libre.

Otra fuente de datos con la que contrastar algunos resultados es la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)⁹, que incluye población de 15 a 64 años de edad (tabla 1). Estas encuestas confirman la disminución del consumo de tabaco y alcohol entre 2005 y 2011. Respecto a las drogas ilegales, se aprecia un ligero descenso, más acusado en el cannabis y apenas perceptible en las de consumo muy bajo. El cambio más destacado es el aumento en el uso de hipnosedantes en el último mes, que se duplica entre 2005 y 2011 (del 3,7% al 8,3%). Este aumento también se constata en los resultados de la ENS, que mide el consumo en las últimas 2 semanas (del 14,3% en 2006 al 16,9% en 2012). Además, en ambas encuestas el porcentaje de automedicación se mantiene bajo y estable (entre el 0,5% y el 1,2%).

Las diferencias en las prevalencias de consumo (alcohol, tabaco, hipnosedantes) entre la ENS y la EDADES pueden explicarse por las diferencias en las poblaciones incluidas en ellas (adultos sin límite de edad en la ENS y de 15-64 años con sobrerrepresentación del grupo menor de 40 años en la EDADES) y las diferencias en la formulación de las preguntas (véase explicación en el pie de la tabla 1).

Actividades de prevención y promoción antes y durante la crisis económica

En el informe SESPAS 2012 se revisó el tema de la cartera de servicios de atención primaria y se constató una cierta variabilidad en la oferta estructurada de actividades de prevención y promoción de las comunidades autónomas¹⁰. Dentro de las actividades que ofrecen todas las comunidades está la vacunación infantil y de adultos, las revisiones infantiles, las denominadas «actividades preventivas en el adulto» (suelen incluir la atención a personas con factores de riesgo) y los exámenes de salud de mayores de 75 años. Llama la atención una menor oferta en promoción de la salud y en servicios de carácter sociosanitario, como la atención a cuidadores/as y el abordaje de familias de riesgo.

Tabla 1
Estilos de vida, exposición a drogas y psicofármacos, y prácticas preventivas. Cambios entre antes y durante la crisis económica

	EDADES			ENS		
	2005	2011	Diferencia absoluta	2006	2012	Diferencia absoluta
Obesidad/sobrepeso				53,4%	53,7%	+ 0,3%
Sedentarismo				39,4%	41,3%	+1,9%
Tabaco ^a	38,4%	37,6%	-0,80%	26,4%	24,0%	- 2,4%
Alcohol ^a	64,6%	62,3%	-2,30%	48,4%	38,3%	- 10,1%
Cannabis	8,7%	7,0%	-1,70%			
Éxtasis	0,6%	0,3%	-0,30%			
Alucinógenos	0,2%	0,2%	-0,00%			
Anfetaminas/speed	0,4%	0,3%	-0,10%			
Cocaína en polvo	1,6%	1,1%	-0,50%			
Cocaína base	0,1%	0,1%	-0,00%			
Heroína	0,1%	0,1%	-0,00%			
Hipnosedantes ^b	3,7%	8,3%	+4,60%			
Tranquilizantes	2,7%	6,9%	+4,20%			
Somníferos	2,0%	3,4%	+1,40%			
Antidepresivos ^c				8,5%	7,0%	-1,5%
Vacuna antigripal (mayores de 64 años)				67,1%	58,3%	-8,8%
Mamografía último año (mujeres 45-64 años)				30,2%	44,4%	+14,2%
Presión arterial en adultos ^d				84,8%	89,7%	^d
Colesterol en adultos ^d				77,7%	87,3%	^d

EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España; ENS: Encuesta Nacional de Salud.

Fuentes: Observatorio Español de Alcohol y Drogas en España, EDADES 1997-2011; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ENS 2006-2012.

^a Las preguntas relativas a alcohol y tabaco son diferentes en las dos encuestas: en EDADES se refieren a prevalencia de consumo (alguna vez) en el último mes y en la ENS a prevalencia de consumo diario (tabaco) o habitual (alcohol).

^b Tranquilizantes o somníferos: se refiere a su consumo en el último mes.

^c El consumo de antidepresivos se refiere a las últimas 2 semanas.

^d La toma de la presión arterial en 2006 se refiere a los últimos 3 años y en 2012 a los últimos 2 años, y el colesterol en 2006 se refiere a los últimos 3 años y en 2012 a los últimos 5 años.

Cabe también destacar que se encuentran pocos datos publicados sobre la implantación y la efectividad de los servicios incluidos en las carteras, más aún los referidos a promoción de la salud. La comparación de las ENS de 2006 y 2012 (tabla 1) muestra una reducción de la vacunación frente a la gripe (del 67,1% al 58,3%) y un aumento en el resto de las actividades preventivas: mamografías, determinaciones del colesterol y tomas de la presión arterial. El incremento de las actividades de detección precoz de factores de riesgo cardiovascular y de algunos cánceres ya se venía observando en evaluaciones anteriores del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud¹¹.

Evolución de la toma de decisiones sobre la cartera de servicios de cribados poblacionales y de vacunación

Programas poblacionales de cribado

En España, las decisiones estratégicas relacionadas con los programas poblacionales de cribado se han ido tomando por las comunidades autónomas sin apenas coordinación institucional. A finales de 2009 se creó una Ponencia sobre cribados a instancias de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), que se ocupó de definir unos criterios comunes para reducir las disparidades en las políticas de cribado¹². Durante el último año, el Ministerio de Sanidad, junto con las comunidades autónomas y diversas sociedades científicas, han definido una cartera común básica de servicios sobre cribados, que ha sido aprobada en julio de 2013.

Esta cartera es menor que las de algunas comunidades autónomas, pero supone para muchas una ampliación sobre lo que tenían. Así, la de cribado neonatal incluye siete enfermedades¹³, de las cuales sólo dos se criban actualmente en todas las comunidades autónomas (fenilcetonuria e hipotiroidismo); las otras suponen nuevas inclusiones, y el caso más destacable es el cribado de la anemia falciforme, que debe introducirse en 13 comunidades autónomas que actualmente no lo hacen^{13,14}. En cuanto a los cribados del cáncer, la cartera básica común aprobada incluye los de mama

y colorrectal como programas poblacionales, y el de cuello uterino como oportunista^{13,15}. Aunque se da un plazo de 5 años para iniciar el programa a las comunidades autónomas que aún no lo han empezado, y de 10 años para lograr la cobertura total de la invitación a participar, en la situación económica actual no será fácil lograr estos objetivos.

Programas de vacunaciones

La cartera común de servicios del SNS incluye los programas de vacunación infantil y de adultos. El contenido de estos programas ha sido variable entre comunidades autónomas, pero la publicación de la Ley General de Salud Pública, 33/2011, dio un paso adelante al recoger la competencia del CISNS para acordar un calendario único, que las comunidades autónomas sólo pueden modificar por razones epidemiológicas. Finalmente, en marzo de 2013 se acordó el calendario común de vacunación infantil¹⁶.

En el análisis de las vacunas infantiles se observa que hay algunas incluidas en todas las comunidades autónomas y que tienen prácticamente las mismas pautas de administración (difteria-tétanos-tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo b, poliomielitis), y vacunas que aunque están incluidas en todos los calendarios tienen pautas algo diferentes (hepatitis B, meningococo C, sarampión-rubéola-papera, varicela, papiloma humano). Finalmente, hay algunas que no están en el calendario aprobado por el CISNS, pero que hasta ahora son ofrecidas por algunas comunidades autónomas: la vacuna antineumocócica conjugada está incluida en un proyecto piloto en Galicia desde 2010, y la vacuna de la hepatitis A viene siendo ofrecida por Cataluña, Ceuta y Melilla desde 2007.

Encuesta a personas expertas sobre prevención y promoción de la salud en tiempos de crisis

Método

Se realizó una encuesta de opinión a un grupo de expertos/as en salud pública y atención primaria, seleccionando 43 personas

(muestreo de conveniencia). Se buscó como característica común el compromiso con la salud pública o la atención primaria en el sistema sanitario público. Se procuró la diversidad en cuanto a comunidades autónomas, experiencia profesional (institución y contenidos del puesto de trabajo) y opiniones (especialmente en los/las profesionales con publicaciones conocidas se buscaron tanto puntos de vista críticos como defensores de determinadas actividades preventivas y de promoción).

Se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas (disponible a petición), en el cual se solicitaba la opinión sobre diversos temas: proceso de toma de decisiones sobre programas preventivos, grado de desarrollo de diversas intervenciones de promoción de la salud, prioridades actuales y aspectos que pueden mejorarse en prevención y promoción. En algunos de estos temas se preguntaba la opinión sobre la situación precrisis y durante la crisis. Con las preguntas no se persiguió la exhaustividad, y se orientaron más por tipo de intervención que por área de salud (salvo en algún caso, como la salud mental).

De las 30 personas que respondieron el cuestionario (70%), 14 eran hombres y 16 mujeres, y 25 tenían entre 45 y 64 años de edad. La mayoría (24) era médico/a, y el resto con titulaciones de enfermería, trabajo social, psicología y farmacia. Las áreas principales de conocimiento y experiencia fueron la atención primaria (9) y la salud pública (12); cinco personas se identificaban con ambas áreas y cuatro con una de ellas y otra adicional (salud mental o ciencias sociales). Trece personas trabajaban en salud pública o administración sanitaria (desde el ministerio hasta las áreas sanitarias), 11 en centros de atención primaria y seis en centros docentes (universidad y otros).

Racionalidad e independencia en las decisiones sobre programas preventivos poblacionales

Las opiniones sobre el proceso de toma de decisiones de introducción de nuevos cribados y vacunas en los años previos a la crisis fueron negativas, en especial respecto al calendario vacunal: un 78% estaba en desacuerdo con que estas decisiones se hubieran tomado tras un análisis adecuado del coste-efectividad y del impacto presupuestario, y un 81,5% en desacuerdo con que fueran totalmente independientes de los intereses de la industria. Asimismo, un 68% estaba en desacuerdo con que las decisiones de ampliar el cribado de metabolopatías en muchas comunidades autónomas hubieran seguido un análisis adecuado de los criterios que deben cumplir los cribados poblacionales.

Hubo dos temas en los cuales la opinión estuvo más dividida: las decisiones de iniciar programas de cribado del cáncer de colon en diversas comunidades autónomas (48% en desacuerdo y 52% de acuerdo con que se tomaron tras un análisis adecuado) y la independencia en las decisiones sobre cribados (60% en desacuerdo y 40% de acuerdo con que eran independientes de la industria).

A lo anterior (periodo precrisis) hay que añadir que la mayoría de los/as expertos/as consideraba que el proceso de toma de decisiones sobre cribados y vacunas no había cambiado o había empeorado durante la crisis. Las opiniones más negativas eran sobre la independencia de la industria, tanto en vacunas como en cribados (el 43,5% y el 38,5%, respectivamente, opinaba que había empeorado, frente a un 4% en ambos casos que había mejorado).

Mejoras necesarias en la prevención

Veinticuatro personas contestaron la pregunta abierta sobre las mejoras necesarias en la toma de decisiones sobre nuevos cribados y vacunas, y surgieron dos temas clave comentados por más de la mitad de los/las expertos/as. En primer lugar, se señaló la necesidad de mejorar la transparencia y la independencia del proceso, proponiendo una mejor y más exhaustiva declaración

de intereses, contar con más profesionales independientes de la industria y separar la decisión política del informe técnico. En segundo lugar, se comentó la necesidad de mejorar la racionalidad de las decisiones y se identificaron criterios generales del proceso de introducción de prestaciones que se consideraban no incluidas adecuadamente (coste de oportunidad, riesgo-beneficio, consecuencias a largo plazo, deliberación ética, análisis epidemiológico de la situación basal, estimación de recursos) y puntos más específicos (necesidad de mejorar la evaluación de la efectividad y coste-efectividad de los cribados y las vacunas). Algunas personas identificaban como uno de los principales problemas el no tener en cuenta el coste de oportunidad.

Otras mejoras propuestas (por un número menor de personas) fueron la homogeneización de criterios entre comunidades autónomas, la mayor participación ciudadana y profesional, una organización «tipo NICE» y la compensación de daños por efectos adversos de las vacunas.

Las preguntas relacionadas con actividades preventivas prescindibles antes y durante la crisis fueron contestadas por 19 y 20 personas, respectivamente, con una mayoría que opinaba que había intervenciones prescindibles (83% antes y 91% durante la crisis). Las intervenciones identificadas (preguntas abiertas) fueron similares para el periodo precrisis y la actualidad (tabla 2). Se señaló la vacuna del virus del papiloma humano como la principal intervención prescindible, seguida de los cribados de algunos cánceres y de algunas otras vacunas. Hubo numerosos comentarios acerca de la medicalización excesiva a través de la prevención, destacando la actuación desde un «paternalismo excesivo» o «el número exagerado de acciones supuestamente preventivas no fundamentadas».

Respecto a las actividades preventivas deficitarias contestaron 23 personas, y 19 de ellas pensaban que había actividades que no se hacían suficientemente. Las respuestas fueron variadas y, paradójicamente, las dos intervenciones con más frecuencia consideradas deficitarias (cribados del cáncer de colon y cérvix) habían sido tachadas de prescindibles por otros/as expertos/as. Hubo cuatro respuestas relacionadas con la prevención en salud mental y de suicidios en atención primaria, centrada en personas desempleadas y con riesgo de desahucio. El resto de las respuestas fueron individuales, aunque un matiz repetido fue la necesidad de centrar las actividades en grupos de riesgo.

Implantación de intervenciones de promoción de la salud

Las opiniones sobre el grado de implantación de intervenciones de promoción de la salud en el periodo precrisis fueron muy negativas, excepto en el consejo sobre estilos de vida (el 79% lo consideró bastante implantado). Así, la mayoría opinó que estaban poco implantadas las intervenciones de promoción de la salud mental (93%), las grupales de tipo psicosocial (90%), las de salud comunitaria (83%) y las dirigidas a poblaciones vulnerables (83%). Las opiniones estuvieron más divididas en la implantación de los programas de educación para la salud en las escuelas y las intervenciones dirigidas a poblaciones con riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (algo más de la mitad pensaba que estaban poco implantadas). Asimismo, entre el 85% y el 89% de los/as expertos/as opinaba que se hacía poca o ninguna labor de abogacía desde el sector sanitario para promover políticas saludables en otros sectores.

A estas opiniones sobre el periodo precrisis hay que añadir que un 68% de los/as encuestados/as pensaba que actualmente la situación había empeorado (frente a un 11% que creía que había mejorado y un 21% que era similar). En las preguntas abiertas, en las que algunas personas desarrollaron más ampliamente sus opiniones, cabe destacar algunas, tanto en negativo («la abogacía que comenzó a desarrollarse sobre equidad en salud, concretamente en el ministerio, está actualmente en claro retroceso») como en

Tabla 2
Opiniones sobre actividades preventivas prescindibles antes y durante la crisis

	Antes de la crisis (N = 19) ^a		Durante la crisis (N = 20) ^a	
	n	(%)	n	(%)
Vacuna papiloma humano	12	(63)	14	(70)
Cribado cáncer de próstata	5	(26)	9	(45)
Cribado cáncer de mama	3	(16)	8	(40)
Vacuna rotavirus	1	(5)	4	(20)
Vacuna gripe	3	(16)	3	(15)
Revisiones niños sanos y escolares	2	(11)	3	(15)
Cribado osteoporosis	1	(5)	3	(15)
Vacuna neumococo	1	(5)	3	(15)
Prevención primaria cardiovascular (sobre todo en personas mayores)	1	(5)	2	(10)
Prevención en embarazo (suplementos de yodo, ecografías)	-	-	2	(10)
Cribado cáncer de cérvix	-	-	2	(10)
Revisiones de salud laboral	2	(11)	1	(5)
Cribado cáncer de colon	2	(11)	1	(5)
Cribado neonatal de metabolopatías	2	(11)	1	(5)
Otras actividades preventivas: mamografía en menores de 50 años, vacuna de la varicela, otras vacunas infantiles	1	(5)	1	(5)

Las respuestas corresponden a dos preguntas abiertas (una sobre el momento previo a la crisis y otra sobre el momento actual de crisis económica), en las que se pedía que enumeraran entre una y cinco actividades preventivas que consideraran prescindibles. Las respuestas no son del total de los/las expertos/as encuestados/as (30), sino sólo de aquellos/as que pensaban que había actividades prescindibles. Las intervenciones están ordenadas por orden de frecuencia en la pregunta referida al momento actual de crisis, y entre las que tienen la misma frecuencia según el orden de frecuencia en el momento precrisis.

^a Diecinueve y 20 de las 30 personas encuestadas consideraban que había actividades preventivas prescindibles antes y durante la crisis, respectivamente.

positivo («desarrollo de las estrategias de humanización de la atención perinatal gracias a los fondos de cohesión», legislación sobre prevención del tabaquismo pasivo, etc.).

Mejoras necesarias en promoción de la salud

Las preguntas abiertas relacionadas con las mejoras en promoción de la salud las respondieron entre 10 y 22 expertos/as. No todo el mundo compartía el mismo concepto de promoción y algunas personas incluían temas de carácter preventivo.

Una de las propuestas más comentadas fue la necesidad de mejorar la formación en promoción de los profesionales sanitarios. Algunos/as expertos/as advirtieron del riesgo de que quedaran sin continuidad estrategias que se habían iniciado, como las dirigidas a reducir desigualdades de género (por el estancamiento de la ley de dependencia), a grupos vulnerables y a poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH (por la reducción de las subvenciones).

La mayoría de las propuestas se centraban en los medios, pero también hubo comentarios sobre los objetivos a conseguir con la promoción de la salud, incluyendo entre ellos reducir la medicalización. Algunos/as expertos/as incidían en la necesidad de utilizar más la legislación (sobre alimentación, bebidas, etc.) y los medios de comunicación como herramientas de promoción de la salud.

En cuanto al trabajo intersectorial, se comentó la necesidad de clarificar el rol del sector sanitario. La colaboración con las corporaciones locales en salud comunitaria es uno de los campos más frecuentemente considerados como deseables a desarrollar; algunas personas propusieron que el liderazgo en estas acciones se dejara a las corporaciones, y que el sector sanitario tuviera un papel de apoyo. Asimismo, destacaron la necesidad de mejorar la coordinación dentro de la propia administración sanitaria, para evitar que llegaran iniciativas diversas de distintos servicios de ésta a las escuelas u otros sectores.

Se consideró que la abogacía no tenía que hacerse sólo desde la administración sanitaria hacia otras administraciones, sino también desde las sociedades y los grupos profesionales hacia distintos actores (ministerio, consejerías, industria).

Veintidós de las 23 personas que respondieron la pregunta abierta sobre intervenciones deficitarias en promoción de la salud pensaban que había intervenciones que se hacían menos de lo deseable, desde el consejo individual y grupal sobre estilos de vida

hasta los programas intersectoriales y las intervenciones de promoción de la resiliencia y el autocuidado.

Prevención en la crisis: potencial y prioridades de acción

El 75% de los/as expertos/as tenía una opinión positiva sobre el potencial de las intervenciones preventivas en la situación actual. Sin embargo, al definir el grado de prioridad de intervenciones concretas hubo opiniones diversas (tabla 3). Los programas de prevención del VIH/sida fueron la actividad sobre la que más personas opinaban que requerían mayor prioridad (57%), pero hubo intervenciones en las que se identificó un alto grado de desacuerdo (actividades preventivas en adultos/as y revisiones de salud en las personas mayores).

Doce expertos/as contestaron una pregunta abierta en la que se pedía añadir aspectos de la prevención por los que no se había preguntado y que consideraban prioritarios. Entre sus respuestas, cabe destacar la prevención en salud mental y de enfermedades infecciosas.

Promoción de la salud en la crisis: potencial y prioridades de acción

Las opiniones sobre este tema fueron muy positivas, con la única excepción del consejo individual sobre estilos de vida, en el que estuvieron más divididas (tabla 4). Tanto la confianza en el potencial de las intervenciones de promoción de la salud como el grado de prioridad que se les daba fueron más altos que en el caso de la prevención. Las intervenciones mejor valoradas fueron las dirigidas a grupos desfavorecidos, las actividades comunitarias en colaboración con ayuntamientos y otros sectores, la abogacía y las intervenciones de promoción de la salud en poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH.

A lo anterior hay que añadir las respuestas de 13 expertos/as a una pregunta abierta en la que se pedía añadir aspectos de promoción de la salud por los que no se había preguntado y que consideraban prioritarios. Las respuestas enfatizaban el interés de algunas intervenciones ya mencionadas (actuación intersectorial y comunitaria), aportaban ideas sobre intervenciones concretas (alimentación, tabaco, etc.) o sobre la necesidad de avanzar en la promoción de la igualdad y los buenos tratos, y en un enfoque salutogénico. Varias personas comentaron que para promover la salud

Tabla 3

Opiniones sobre el grado de prioridad de las intervenciones preventivas en la situación de crisis económica

Tipo de intervención	Prioridad deseable (en relación a la actual)		
	Mayor	Igual	Menor
Vacunas en la infancia y la adolescencia	8 (28%)	20 (69%)	1 (3%)
Vacunas en la población adulta	3 (10%)	22 (76%)	4 (14%)
Cribado cáncer de mama	4 (15%)	16 (59%)	7 (26%)
Cribado cáncer de colon	9 (36%)	11 (44%)	5 (20%)
Cribado cáncer de cérvix	6 (22%)	14 (52%)	7 (26%)
Cribado neonatal de metabolopatías	3 (12%)	18 (69%)	5 (19%)
Cribado neonatal de hipoacusia	3 (13%)	17 (74%)	3 (13%)
Revisiones de salud en población infantil	7 (25%)	9 (32%)	12 (43%)
Actividades preventivas en adultos (detección precoz de problemas de salud, riesgo cardiovascular, etc.)	9 (31%)	11 (38%)	9 (31%)
Revisiones de salud en personas mayores	10 (36%)	8 (29%)	10 (36%)
Programas de prevención de VIH/sida en poblaciones de riesgo	16 (57%)	12 (43%)	0

Los porcentajes se han calculado en cada caso sobre el número total de personas que contestaban cada pregunta (entre 26 y 30).

Tabla 4

Opiniones sobre el potencial y el grado de prioridad de las intervenciones de promoción de la salud para mitigar los efectos de la crisis económica

Tipo de intervención	Potencial		Prioridad deseable (en relación a la actual)		
	Mucho/bastante	Poco/nada	Mayor	Igual	Menor
Consejo individual sobre estilos de vida	17 (59%)	12 (41%)	12 (40%)	15 (50%)	3 (10%)
Intervenciones grupales de tipo psicoeducativo o social en salud mental	22 (73%)	8 (27%)	20 (69%)	7 (24%)	2 (7%)
Programas de educación para la salud en centros educativos	26 (87%)	4 (13%)	17 (57%)	12 (40%)	1 (3%)
Actividades comunitarias de promoción de la salud, en colaboración con otros sectores y con ayuntamientos	29 (97%)	1 (3%)	26 (87%)	4 (13%)	0
Actividades de promoción de la salud dirigidas a grupos o poblaciones desfavorecidas	29 (97%)	1 (3%)	28 (93%)	2 (7%)	0
Actividades de promoción de salud en poblaciones con riesgo de VIH/sida	28 (97%)	1 (3%)	22 (76%)	7 (24%)	0
Abogacía desde las autoridades sanitarias hacia otros sectores	25 (89%)	3 (11%)	26 (93%)	2 (7%)	0
Abogacía desde atención primaria y salud pública hacia ayuntamientos	26 (93%)	2 (7%)	24 (86%)	4 (13%)	0

Los porcentajes se han calculado en cada caso sobre el número total de personas que contestaban cada pregunta (entre 28 y 30).

es necesario realizar acciones estructurales con capacidad de modificar las condiciones de vida, y señalaron el papel limitado del sector sanitario en este sentido.

Por último, 27 expertos/as respondieron la pregunta abierta sobre los grupos poblacionales prioritarios para la promoción de la salud en la situación actual (tabla 5). El grupo más nombrado fue el de infancia, seguido de las personas desempleadas y de aquellas en riesgo de exclusión social.

Tabla 5

Opiniones sobre los grupos poblacionales prioritarios para la acción en promoción de la salud en la situación de crisis económica

Grupo de población	Personas expertas que identificaron cada grupo poblacional	
	N	(%) ^a
Infancia y adolescencia	13	(48)
Personas desempleadas	12	(44)
Personas en riesgo o en situación de exclusión social	11	(41)
Personas mayores	9	(33)
Familias con escasos ingresos económicos	8	(30)
Personas inmigrantes	5	(19)
Personas dependientes y cuidadores/as	5	(19)
Mujeres	3	(11)
Personas con problemas de salud mental	3	(11)
Jóvenes	3	(11)
Personas con riesgo de enfermedades infecciosas	1	(4)
Personas con riesgo de enfermedades cardiovasculares o cáncer	1	(4)

^a Los porcentajes son sobre 27 personas, las que respondieron la pregunta abierta sobre grupos poblacionales prioritarios.

Barreras en el momento actual

Un número importante de expertos/as consideraba que actualmente había limitaciones (adicionales a la reducción de los presupuestos públicos) para realizar la prevención y la promoción de la salud necesarias (20 y 23 personas, respectivamente). Estas personas respondieron dos preguntas abiertas adicionales en las que se pedía señalar dichas limitaciones.

Entre las limitaciones de tipo político (13 respuestas) destacaron principalmente las reformas de leyes que disminuyen los derechos de la población, así como la mayor reducción del gasto en programas con resultados a largo plazo (como los de prevención y promoción), los recortes y la dirección de diversas políticas públicas.

Entre las limitaciones de tipo organizativo (12 respuestas) destacaron la falta de profesionalización en la gestión, con cuadros intermedios que no tienen una visión clara de la promoción y la prevención, la externalización de la gestión de los servicios sanitarios, y el recorte de servicios y horarios.

Entre las barreras de tipo profesional (12 respuestas), la citada mayoritariamente fue la desmotivación de los/as profesionales.

Hubo ocho personas que identificaron dificultades relacionadas con la población, destacando el aumento de la población en riesgo de exclusión social, los cambios de prioridades (mayor preocupación por problemas de trabajo o vivienda) y la medicalización de la población (mayor confianza en las intervenciones sanitarias que en un estilo de vida saludable).

Por último, otras barreras citadas (siete respuestas) fueron las presiones de la industria farmacéutica en la prevención, los intereses creados (tanto en la industria como en sectores políticos y técnicos y en las sociedades científicas) y el desprestigio de la promoción de la salud.

Conclusiones y recomendaciones

Una parte importante de este texto está basada en la opinión de expertos/as. Aunque se ha incluido una diversidad de perfiles, los resultados no pueden considerarse representativos de las opiniones de todos/as los/las profesionales de la salud pública y la atención primaria. A ello hay que añadir la limitación de preguntar por la situación precrisis en el momento actual, con el posible sesgo de memoria. Aun así, el análisis de las respuestas es útil para identificar áreas en las cuales hay un grado de acuerdo alto y otras en que las opiniones están divididas. Hacer explícito el desacuerdo entre expertos/as es importante, y la elaboración de políticas y estrategias de prevención y promoción de la salud puede beneficiarse de ello.

Estilos de vida y exposición a riesgos

No se han detectado grandes cambios en los estilos de vida entre 2006 y 2012, salvo un descenso del consumo de alcohol. Esto mismo se ha visto en otros países durante la crisis actual, como Grecia¹⁷ y Estados Unidos¹⁸. Contrasta con el incremento, cercano al 5%, de las consultas de atención primaria por problemas de dependencia del alcohol constatado en un estudio español⁷, si bien es posible que coexistan dos patrones: la reducción del consumo habitual y el aumento del consumo intensivo. Entre 2005 y 2011 se produjo un ligero descenso en el consumo de drogas ilegales, pero aumentó bastante el consumo de psicofármacos, en concordancia con el incremento de la demanda por problemas de salud mental⁷. En la situación actual deberían promoverse el uso adecuado de estos medicamentos y la vigilancia de los problemas derivados de su uso continuado. Asimismo, es necesario seguir vigilando los cambios en los estilos de vida a más largo plazo.

Decisiones estratégicas sobre programas preventivos poblacionales

En los últimos años, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas han trabajado en la definición de unos criterios comunes para la toma de decisiones sobre cribados, un calendario vacunal unificado y una cartera común básica de servicios. Este proceso ha tenido aspectos positivos, pero no refleja una priorización del uso alternativo de los recursos, como cabría esperar en tiempos de crisis. De hecho, uno de sus resultados (la cartera básica de cribados) va a suponer una ampliación importante de las prestaciones para muchas comunidades autónomas. Los/as expertos/as en salud pública y atención primaria opinan mayoritariamente que es necesario mejorar la independencia y la racionalidad de la toma de decisiones sobre cribados y vacunas, y proponen para ello una mayor participación de profesionales independientes en los procesos de decisión, un mayor uso y la exhaustividad de la declaración de conflictos de intereses, una separación explícita entre el trabajo técnico y la decisión política, y una mejor evaluación (incluyendo el análisis del coste de oportunidad).

Prioridades y aspectos a mejorar en prevención

Actualmente, dos prioridades clave son la prevención en salud mental y la prevención en enfermedades infecciosas, centrada en grupos vulnerables. Una preocupación común entre los/as profesionales de la salud pública y la atención primaria es la medicalización derivada de la actividad preventiva, aunque también hay muchos aspectos en los que las opiniones están divididas (sobre todo en las actividades preventivas, las revisiones de salud en las personas mayores, y algunos cribados y vacunas). Sería deseable que las autoridades sanitarias propiciasen la priorización de la prevención más necesaria y la elaboración de un listado de lo que es preferible no hacer¹⁹. Vista la diversidad de opiniones, esto debería hacerse tras

un debate sobre los aspectos más controvertidos, en el que tuvieran voz profesionales con diferentes opiniones y hubiera transparencia en relación con los conflictos de intereses de los/as participantes.

Prioridades y aspectos a mejorar en promoción de la salud

La opinión mayoritaria entre los/las expertos/as es que las intervenciones de promoción de la salud tienen potencial para mitigar los efectos de la crisis, pero que su desarrollo es escaso. Actualmente, los grupos poblacionales prioritarios para la acción en promoción de la salud son la infancia, las personas desempleadas y en riesgo de exclusión social, y otros grupos vulnerables. Las intervenciones prioritarias son las actividades comunitarias en colaboración con ayuntamientos y otros sectores, la abogacía y la promoción de la salud mental. También es clave reconocer las limitaciones del sector sanitario, puesto que las acciones estructurales con capacidad de modificar las condiciones de vida dependen de otros sectores; son de especial importancia las políticas para mejorar el empleo, la vivienda, los entornos, el empoderamiento comunitario y la equidad. Asimismo, parece necesario clarificar el papel del sector sanitario en las acciones intersectoriales comunitarias, sobre lo que algunas personas opinan que el liderazgo debería dejarse a las corporaciones locales. Otra propuesta para lograr más eficacia en promoción de la salud es el mayor uso de la legislación y de los medios de comunicación. Se advierte también del riesgo de perder continuidad en algunas estrategias de interés (como las dirigidas a reducir desigualdades de género y las centradas en poblaciones vulnerables) debido a los recortes en diversas políticas y subvenciones.

Barreras y limitaciones

Las principales barreras identificadas para un mejor desarrollo de la promoción de la salud y la prevención son de tipo político (reformas legislativas que reducen derechos de la población, recortes y dirección de diversas políticas, como la reforma laboral), organizativo (falta de profesionalización de la gestión, recortes de horarios y servicios), profesional (desmotivación), de la población (aumento de población vulnerable, cambios en las prioridades, medicalización) y otras (presiones de la industria farmacéutica, intereses creados con la prevención y promoción, desprestigio de la promoción de la salud).

Contribuciones de autoría

Todos/as los/as autores/as participaron en la concepción y planificación del trabajo, el diseño del cuestionario, el análisis de las respuestas, la búsqueda de información en otras fuentes y la redacción del texto, y aprobaron la versión final enviada para publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los/as autores/as declaran que no tienen intereses de tipo económico que puedan entrar en conflicto con el tema tratado en este artículo. S. Márquez-Calderón ha sido secretaria de la Comisión Autonómica de Cribados de Andalucía, realizando labores de asesoría sobre este tema, y miembro de la Ponencia de Cribados. F. Martínez-Pecino trabaja actualmente como técnica asesora en vacunas en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y es miembro de la Ponencia de Vacunas.

Agradecimientos

A todas las personas expertas en salud pública y atención primaria que respondieron el cuestionario, aportando sus ideas y propuestas.

Bibliografía

1. U.S. Preventive Services Task Force. About the USPSTF. Rockville: USPSTF Program Office, 2013. (Consultado el 25/06/2013.) Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/about.htm>
2. Kirch W, editor. Encyclopedia of public health. New York: Springer Science & Business Media, L.L.C; 2008.
3. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int.* 2008;23:190–9.
4. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. (Consultado el 24/5/2013.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
5. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.* 2007; (Supl 2):17–22.
6. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed. Geneva: Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2003.
7. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence for primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Pub Health.* 2013;23:103–8.
8. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 30/7/2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
9. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España. EDADES 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 3/8/2013.) Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
10. Clavería A, Ripoll MA, López-Rodríguez A, et al. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26 (Supl 1): 142–50.
11. Brotons C, Soriano N, Moral I, et al. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPs. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26 (Supl 1):151–7.
12. Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado el 8/8/2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado.poblacional.pdf>
13. Notas de prensa: Los cribados de cáncer de colon, mama y cérvix y el consejo genético se implantarán en toda España con criterios comunes. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 23 de julio de 2013. (Consultado el 19/8/2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2937>
14. Grupo de trabajo sobre concreción de la cartera común de servicios del SNS para cribado neonatal. Resumen ejecutivo del Grupo de Expertos sobre Concreción de la Cartera Común de Servicios para Cribado Neonatal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. (Consultado el 16/8/2013.) Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Punto%208-Propuesta%20cribado%20neonatal%20CISNS.pdf>
15. Grupo de trabajo sobre concreción de la cartera común de servicios del SNS para cribado de cáncer. Informe del Grupo de Expertos sobre concreción de la cartera común de servicios para cribado de cáncer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. (Consultado el 27/7/2013.) Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/informe.expertos.cancer.pdf>
16. Programa de vacunaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. (Consultado el 25/6/2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/home.htm>
17. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet.* 2011;378:1457–8.
18. Bor J, Basi S, Coutts A, et al. Alcohol use during the great recession of 2008–2009. *Alcohol Alcohol.* 2013;48:343–8.
19. Siwek J, Lin KW. Choosing wisely: more good clinical recommendations to improve health care quality and reduce harm (editorial). *Am Fam Physician.* 2013;88:164–8.