

GACETA SANITARIA a primera vista

Mayo-junio 2020

EDITORIAL

Guanlan Zhao

Tomar medidas preventivas inmediatamente: evidencia de China sobre el COVID-19

Guanlan Zhao, del Área de Salud Pública y Medicina Preventiva de la Universidad de Alicante, realiza en este editorial un repaso de la pandemia actual por COVID-19, detectado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad china de Wuhan. A partir de su experiencia personal también explica las medidas de prevención tomadas por el gobierno chino para frenar la pandemia y que afectaron de lleno a los festejos del Año Nuevo chino. La lucha contra el COVID-19 consiste en prevenir la propagación entre las personas no infectadas. Por lo tanto, los gobiernos deberían aprovechar y compartir las informaciones actualizadas con mucha transparencia, hacer educación comunitaria y una orientación adecuada, y aplicar posibles intervenciones en la población de una manera eficaz y apropiada. El autor destaca también que aún quedan importantes cuestiones para futuras investigaciones, como la identificación del huésped animal, la determinación del periodo de transmisión, la identificación de los medios de transmisión y el desarrollo de métodos eficaces de prevención y tratamiento (medicamentos y vacunas).

EDITORIAL

Jeroen Spijker

Los efectos de la Gran Recesión y las políticas de austeridad en la salud de la población española

El autor, del Centre d'Estudis Demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona, analiza en este editorial el impacto de la Gran Recesión entre 2008 y 2014, y las políticas de austeridad en la salud de la población española. Los efectos han sido visibles en las experiencias de las clases sociales más desfavorecidas. Dado que los efectos de las políticas de austeridad en la salud de la población son heterogéneos y controvertidos, GACETA SANITARIA edita este número especial con artículos desde diferentes enfoques que valoran hasta qué punto la Gran Recesión y las políticas de austeridad han tenido impacto en la salud. Los niños y las niñas, las personas ancianas, quienes residen en áreas con mayor privación, las mujeres, las personas de clases sociales desfavorecidas, las de etnia gitana y la población inmigrante procedente de países pobres son grupos más vulnerables que presentan peores condiciones de vida y de trabajo, que se manifiestan en la salud. Tal como se muestra en este número de la revista, a la lista ahora también pueden añadirse las personas que han sufrido el desahucio de sus hogares y otras prácticas bancarias abusivas. Para el autor, un mejor entendimiento de los perfiles de las poblaciones más vulnerables podría contribuir a una planificación más eficaz de las políticas públicas y a promover una mayor equidad en salud.

NOTA EDITORIAL

Clara Bermúdez-Tamayo, Miguel Ángel Negrín, Carlos Álvarez-Dardet, M. Aránzazu López Franco y Pello Latasa Zamalloa

Colaboración entre las revistas de salud pública en España

La historia de la salud pública en España ha sido escrita principalmente en dos revistas que actualmente siguen siendo un referente en su desarrollo académico y profesional. Con trayectorias dispares, la Revista Española de Salud Pública (1926) y GACETA SANITARIA (1888) comienzan ahora una política de cooperación que pretende situar a la salud pública en la agenda informativa del país. Mientras se desarrolla el acuerdo formal entre el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Espa-

ñola de Salud Pública y Administración Sanitaria [SESPAS], los equipos directivos de ambas publicaciones comparten en esta nota editorial las perspectivas que se vislumbran sobre esta nueva colaboración. El objetivo de esta capacidad sinérgica es influir para mejorar la labor de los profesionales, los decisores y la opinión pública en temas de salud en España. Con esta colaboración también se busca mejorar la calidad científica de los trabajos y facilitar la publicación a todos aquellos profesionales que se dedican, bien desde la investigación o desde la Administración sanitaria, a la salud pública. El objetivo final no es solo influir en la agenda sanitaria, sino también potenciar la labor de ambas revistas y su posicionamiento en el ámbito de las publicaciones científicas.

ORIGINAL

Panmela Soares, María Asunción Martínez-Milán, Iris Comino Comino, Pablo Caballero y Mari Carmen Davó-Blanes

Valoración del documento de consenso sobre alimentación en centros educativos para evaluar menús escolares

El objetivo de este estudio es explorar la aplicabilidad del Documento de Consenso sobre Alimentación en los Centros Educativos (DCSECE) para evaluar la adecuación de los menús escolares a las recomendaciones de una alimentación saludable. Para ello, se analizaron menús mensuales de 28 centros de educación infantil y primaria de Andalucía y Canarias. Los datos se extrajeron mediante un protocolo *ad hoc* basado en las recomendaciones del DCSECE, las cuales se dividieron en categorías y subcategorías de alimentos. La mayoría de los centros presentó una oferta superior a la recomendación para la categoría de hortalizas y verduras, otras guarniciones y otros postres; inferior para la de arroz, pasta, elaborados y ensaladas; y ajustada para la de legumbres, carnes, pescado y huevos. Por subcategorías, se observó el predominio de vegetales cocidos en la categoría de hortalizas y verduras, en perjuicio de las ensaladas, y una oferta elevada de carnes procesadas en la categoría de carnes. Así pues, aunque el DCSECE puede ser un instrumento útil para evaluar la oferta alimentaria en los menús escolares, se precisa una mayor especificidad en las recomendaciones para identificar la adecuación de los menús a una alimentación saludable.

ORIGINAL

Soledad Márquez-Calderón, Laura Pérez Velasco, Francisco Viciano-Fernández y Juan Carlos Fernández Merino

Tendencia de la mortalidad por edad y sexo en España (1981-2016). Cambios asociados a la crisis económica

Esta investigación analiza la tendencia de las tasas de mortalidad por edad y sexo en España e identifica si se han producido cambios tras el comienzo de la crisis económica. Se trata de un estudio de tendencias de las tasas de mortalidad por grupos quinquenales de edad y sexo en el periodo 1981-2016, mediante regresión *joint-point*. La mortalidad se redujo de manera significativa entre 1981 y 2016. Tras el inicio de la crisis económica, la tendencia de la mortalidad total estandarizada no cambió en los hombres y sufrió un estancamiento en las mujeres entre 2013 y 2016. En el análisis por grupos quinquenales de edad, la tendencia descendente de la mortalidad sufrió un estancamiento en los hombres en todos los grupos entre los 15 y los 39 años, que se inició entre 2011 y 2014, y duró hasta 2016. En ambos sexos, en los cuatro grupos de edad de 60 a 79 años, la reducción previa de la mortalidad sufrió una ralentización o estancamiento, que se inició entre 2009 y 2014, y continuó hasta 2016. Las causas que más contribuyeron al cambio de tendencia fueron las causas externas en los hombres de 15-39 años y las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio en las personas de 60-79 años.

ORIGINAL

Vanessa Puig-Barrachina, Maica Rodríguez-Sanz, María Felicitas Domínguez-Berjón, Unai Martín, Miguel Ángel Luque, Miguel Ruiz, Glòria Perez

Decline in fertility induced by economic recession in Spain

El objetivo de este estudio es describir las tendencias de la fecundidad en España en la época precrisis (1998-2008) y durante la crisis económica (2009-2013), teniendo en cuenta la edad de las mujeres y el desempleo regional en 2010. Para ello, se utiliza un diseño panel que incluye datos ecológicos transversales para las 17 comunidades autónomas. En comparación con el periodo anterior, la tasa de fecundidad global en España disminuyó durante la crisis económica. Sin embargo, en algunas comunidades, como las Islas Canarias, esta disminución comenzó antes del inicio de la crisis, mientras que en otras, como el País Vasco, la tasa de fecundidad continuó creciendo hasta 2011. Los efectos de la crisis en la fecundidad se observan claramente en las mujeres de 30 a 34 años. Así pues, la crisis económica actual ha interrumpido la tendencia positiva en la fecundidad que comenzó a principios de este siglo. Dado que España ya tenía tasas de fecundidad muy bajas, el descenso causado por la crisis económica podría poner en peligro la sostenibilidad de los sistemas de bienestar social.

ORIGINAL

Raquel Sánchez-Recio, Juan Pablo Alonso, Isabel Aguilar-Palacio

The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context

Este estudio analiza el efecto de la Gran Recesión en las desigualdades en el uso de atención primaria (AP) y de atención especializada (AE) en España. Para ello, se analizaron las Encuestas Nacionales de Salud de 2001 a 2017, se calcularon las prevalencias de utilización estandarizadas por edad y se realizó el cálculo de tendencias para explorar la evolución. La tendencia en la utilización de los servicios sanitarios pasó de un rápido incremento en el periodo anterior a la crisis a una estabilización durante la crisis y un posterior descenso. La utilización de los servicios sanitarios fue mayor en las mujeres (AP: 15,8% a 32,5%; AE: 8,2% a 16,2%) que en los hombres (AP: 11,3% a 24,1%; AE: 5,4% a 11,6%), aumentando las diferencias. Durante la crisis, la probabilidad de usar la AP fue mayor en los grupos más desfavorecidos, mientras que en la AE se observa la tendencia contraria. Las desigualdades en la AE aumentaron durante la recesión, pero ello no puede atribuirse a factores de necesidad. Así pues, la tendencia de la utilización de los servicios sanitarios cambió en la Gran Recesión. Existen desigualdades en la utilización de servicios sanitarios en España, que han aumentado en AE durante el periodo de crisis y poscrisis. Es necesario considerar los factores socioeconómicos en la planificación sanitaria con el fin de lograr la equidad.

ORIGINAL

Laia Palència, Mercè Gotsens, Marc Marí-Dell'Olmo, Lucia Bosakova, Bo Burström, Clàudia Costa, Patrick Deboosere, Dagmar Dzurova, Michala Lustigova, Joana Morrison, Paula Santana, Carme Borrell

Effect of the recent economic crisis on socioeconomic inequalities in mortality in nine urban areas in Europe

El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas en hombres y mujeres de nueve áreas urbanas europeas durante la reciente crisis económica, y comparar los resultados con dos periodos previos a la crisis. Se trata de un estudio ecológico de tendencias basado en tres periodos (2000-2003, 2004-2008 y 2009-2014). Se observaron desigualdades significativas en la mortalidad en los hombres para casi todos los indicadores socioeconómicos, periodos y áreas urbanas. Sin embargo, no hubo cambios significativos en las desigualdades en el periodo de crisis. Aunque las desigualdades entre las mujeres fueron menos comunes, hubo un incremento significativo en las desigualdades en mortalidad en el periodo de crisis en términos de desempleo y del índice de privación en Praga y Estocolmo, respectivamente. Futuros análisis deberán tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la crisis y su efecto en la mortalidad, así como las diferentes causas de mortalidad y el efecto diferencial entre sexos.

ORIGINAL

Ainhoa Ruiz-Azarola, María Escudero Carretero, Luis Andrés López-Fernández, Eugenia Gil García, Joan Carles March Cerdà y Daniel López Jaramillo

La perspectiva de personas migrantes sobre el acceso a la atención sanitaria en el contexto de políticas de austeridad en Andalucía

Se presenta un estudio cualitativo fenomenológico con entrevistas semiestructuradas, realizado en Andalucía, en dos fases (2009-2010 y 2012-2013), con 36 participantes. Su objetivo es conocer la valoración de personas migrantes sobre su acceso al sistema sanitario tras la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 y sobre el efecto que han podido producir los recortes económicos en dicho acceso. Como elementos facilitadores del acceso en ambas fases se identifican la situación administrativa regular, la posesión de tarjeta sanitaria individual, el conocimiento del idioma, las redes sociales y la información. Los resultados muestran diferencias en el acceso a la atención sanitaria de las personas migrantes antes y después de la aplicación del RDL 16/2012, en el marco de las políticas de austeridad. En la segunda fase se agravan algunas barreras de acceso, como los tiempos de espera y la incompatibilidad de horarios, y empeoran las condiciones socioeconómicas y administrativas de las personas participantes. Así pues, el diseño de políticas económicas y de regulación de la atención sanitaria debería tener en cuenta las barreras y los facilitadores de acceso como ejes fundamentales de la protección de la salud de las personas migrantes y, por ende, de la población general.

REVISIÓN

Vicente Rodríguez-Rodríguez, Daniel Pérez-Garín, Patricia Recio-Saboya y Ana Rico-Gómez

Fraudes financieros, salud y calidad de vida: un estudio cualitativo

Los fraudes financieros asociados a la crisis económica se han manifestado en los países desarrollados con efectos en la salud física, psíquica y social de las personas afectadas. A partir de estudios cuantitativos y revisiones de la literatura, este trabajo pretende obtener evidencias sobre los efectos en la salud a través de la narrativa de las personas entrevistadas. Se ha obtenido una muestra intencional de 32 personas afectadas por fraudes financieros (hipotecas abusivas y multivida, participaciones preferentes y *swap*), en Madrid, para realizar un análisis del contenido. Las personas afectadas tienen, en general, unas condiciones de edad, sexo, nivel educativo y profesión que les pueden haber permitido, en su curso de vida, acumular recursos económicos para suscribir productos financieros devenidos fraudulentos, basados en la confianza en las instituciones financieras. El fraude ha propiciado la aparición de procesos de anomia, agrandados con el tiempo, que se manifiestan con dolencias físicas (diversas enfermedades) y síntomas y patologías mentales (ansiedad, depresión, ideas de suicidio), que afectan al modo de vida, los hábitos y las relaciones personales y sociales, y que llegan a afectar a otros miembros de la familia. El aumento del consumo de fármacos y del uso de servicios de salud sirve de corolario al desajuste producido en su salud. Las personas afectadas y la sociedad española en su conjunto demandan medidas de política pública sanitaria para su atenuación y la recuperación de su confianza en el sistema bancario y político.

REVISIÓN

Mónica Machón, Isabel Mosquera, Isabel Larrañaga, Unai Martín e Itziar Vergara

Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España

Con el objetivo de examinar las desigualdades socioeconómicas en salud en la población mayor en España, en este trabajo se realizó una búsqueda sistemática y una revisión de las publicaciones en inglés y español entre 2000 y 2017 en Social Science Citation Index, Sociology Database, Scopus, PubMed y Embase. Se incluyeron estudios primarios y secundarios que analizaban dichas desigualdades en España. Se incluyeron 89 artículos que se correspondían con 87 estudios. El 81,6% de los estudios eran transversales, un 88,5% incluía solo población no institucionalizada y el 35,6% eran de ámbito estatal. Los estudios analizaban desigualdades en los siguientes indicadores de salud: estado funcional (n = 29), morbilidad (n = 19), salud percibida (n = 18), salud

mental y emocional (n = 10), estado cognitivo (n = 7), calidad de vida (n = 9), mortalidad (n = 15) y esperanza de vida (n = 2). Se detectaron desigualdades socioeconómicas en todos ellos, si bien la magnitud varió en función de los indicadores socioeconómicos y de salud utilizados. El nivel educativo y los índices ecológicos fueron los que más desigualdades en salud detectaron. El impacto de las desigualdades por sexo fue diferente en el estado funcional, la morbilidad, la salud percibida, la salud mental y emocional, y la mortalidad.

REVISIÓN

Nerea Jiménez-Picón, Alicia García-Reposo y Macarena Romero-Martín

Consecuencias biopsicosociales en población española afectada por un proceso de desahucio

Este estudio revisa las repercusiones biopsicosociales en población española afectada por un proceso de desahucio. Se trata de una revisión panorámica en PubMed, Scopus, PsycINFO, CINAHL, LILACS, CSIC, MEDES, Scielo, Dialnet, Cuiden Plus y Cochrane hasta septiembre de 2018. Se seleccionaron 11 estudios publicados a partir de 2008, cuantitativos o cualitativos. Se midió la calidad y se organizaron los resultados atendiendo al modelo biopsicosocial. Desde el punto de vista físico, se identificó una deficiente autopercepción de la salud y aumentaron las enfermedades crónicas, el dolor y el consumo de fármacos. Psicológicamente, se detectaron pensamientos negativos, emociones recurrentes y aumento de ansiedad, depresión, trastorno mental y estrés postraumático. En los aspectos sociales, se describe una afectación de la familia, la descendencia y la persona avalista, así como del sistema sanitario con más visitas médicas y a urgencias. Se identificaron peores indicadores en las mujeres respecto a dolor de cabeza, tabaquismo, autopercepción del estado de salud general, salud mental y malestar mental (mayor depresión, ansiedad y otros tipos de malestar psicológico), y peor autopercepción de la salud en las hijas frente a los hijos. Es necesario un abordaje desde la salud pública, vigilancia epidemiológica, protocolos de actuación y programas de salud para asesorar, diagnosticar, prevenir, proteger y promover la salud de la población afectada.

REVISIÓN

Isabel Mosquera, Mónica Machón, Itziar Vergara, Isabel Larrañaga y Unai Martín

Desigualdades sociales en salud en población mayor: revisión de los indicadores empleados en España

El objetivo de esta revisión es identificar los indicadores de posición social utilizados para la evaluación de desigualdades en salud en la población de 65 y más años de edad en España. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de publicaciones en inglés y español desde el año 2000 en bases de datos sanitarias y sociales. Se incluyeron 87 estudios, que se describían en 89 artículos. Los indicadores socioeconómicos empleados fueron tanto individuales como de tipo ecológico. Entre los primeros, el nivel educativo fue la variable socioeconómica más analizada (n = 73). Otras variables individuales empleadas fueron la ocupación (n = 17), el nivel económico objetivo (n = 16), el nivel económico subjetivo (n = 4), la vivienda y la riqueza material del hogar (n = 6), la relación con la actividad laboral (n = 5) y medidas mixtas (n = 5). Entre los indicadores ecológicos se identificaron índices simples (n = 3) y compuestos (n = 7). Estos últimos se habían construido a partir de varios indicadores, entre los que se encontraban el nivel educativo y el desempleo. Se analizaron las desigualdades en múltiples indicadores de salud, siendo la salud percibida el único indicador evaluado en función de todos los indicadores socioeconómicos descritos.

NOTA METODOLÓGICA

Viola Cassetti y Joan J. Paredes-Carbonell

La teoría del cambio: una herramienta para la planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria

Existe un creciente interés por encontrar respuestas innovadoras para evaluar intervenciones complejas en salud pública. En esta nota me-

todológica se presenta la teoría del cambio como una herramienta útil para facilitar tanto la planificación como la evaluación de intervenciones en promoción de la salud comunitaria. Una teoría del cambio es una representación visual de cómo funciona un programa o una intervención, en la que se identifican sus diferentes componentes y cómo cada elemento se vincula con otro: cuáles son sus objetivos, los resultados esperados y a través de qué acciones se pretenden alcanzar. Es una herramienta de investigación aplicada a la práctica que se desarrolla mediante métodos participativos con las diferentes personas implicadas en la intervención, para identificar y decidir conjuntamente qué es lo que hay que evaluar y cómo hacerlo.

IN MEMORIAM

Àngel Gasch Gallén

Concepción Ángeles Tomás Aznar (1955-2019)

El profesor del Departamento de Fisiatría y Enfermería de la Universidad de Zaragoza Àngel Gasch realiza este obituario de la que fue su compañera en esta universidad, Ángeles Tomás Aznar (1955-2019). Conocida como Cuca, se comprometió a ser la primera Coordinadora Académica del Grado en el momento del cambio al Plan Bolonia. Su intenso trabajo en este ciclo aportó unas bases que contribuyen al desarrollo de la disciplina y a un compromiso por la adquisición de competencias por parte del alumnado, entre las que destacan las humanas, de base científica y centradas en el bienestar de las personas y de las comunidades. Cuca le abrió los ojos a la necesidad de incorporar la perspectiva de género a la investigación y a la práctica asistencial, siempre teniendo como base las aportaciones que esta hace a la calidad, a la ética y a la justicia. Con su trabajo, aportó resultados de investigación con una gran difusión, como las publicaciones derivadas del proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigación en Salud del Instituto de Salud Carlos III, que abrió las puertas a la evaluación de la perspectiva de género en proyectos de investigación en salud. Experta además en economía de la salud, realizó trabajos de investigación que demostraban la necesidad de ajustar los recursos a las necesidades reales de las poblaciones, ofreciendo servicios centrados en las personas, justos y con el principio de equidad como eje vertebrador.

CARTA AL DIRECTOR

Blanca Obón-Azuara, Isabel Gutiérrez-Cía, Cynthia Vergara Maldonado y Àngel Gasch-Gallén

Las calles, las noches, ¿también son nuestras?

El Grupo Interdisciplinar Independiente de Estudios de Género Aragón escribe esta carta al director a propósito del folleto editado en verano por la Policía Autónoma Vasca para prevenir las agresiones sexuales durante las fiestas patronales de Vitoria, que exhortaba a las mujeres a no transitar de noche solas, a cuidar de las consumiciones y a no aceptar citas a ciegas, entre otras medidas. Las personas firmantes de esta carta consideran que la grave limitación de la libertad que supone esta publicación para las mujeres se disfraza de herramienta para ejercerla con seguridad. No existe la autoprotección de las agresiones; existen, y resultan prioritarias ahora más que nunca, estrategias inclusivas como la educación para la salud exenta de valores sexistas, la educación afectiva y sexual para prevenir la violencia por razones de género, las políticas con perspectiva de género en y desde las instituciones, la perspectiva de género en el ámbito de la policía y en el tratamiento de las denuncias, las campañas de sensibilización para concienciar a la población sobre la violencia de género, los nuevos enfoques o identidades masculinas, la inclusión de los hombres en las intervenciones contra la violencia de género y la capacitación adecuada de los/las profesionales sanitarios/as en violencia de género.