

# EDITORIAL

## De la teoría a la práctica: límites y potencial de la recomendación de activos (prescripción social) en la prevención de enfermedades

From theory to practice: limits and potential of asset recommendation (social prescribing) in disease prevention

**Sara Calderón-Larrañaga.** Investigadora clínica posdoctoral en la Escuela de Salud Pública del Imperial College London. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Bromley By Bow Health Partnership. NHS England. Londres (Reino Unido)

**Para contactar:**

Sara Calderón-Larrañaga.  
s.calderon@imperial.ac.uk

Recientemente, el *British Medical Journal* (BMJ) ha publicado un editorial cuestionando el creciente protagonismo de la prevención en Atención Primaria (AP)<sup>1</sup>. Argumenta que muchas intervenciones preventivas tienen una efectividad limitada cuando se aplican a poblaciones generalmente sanas, definidas por umbrales diagnósticos cada vez más amplios. Según las autoras, desviamos recursos (en concreto, tiempo) de actividades terapéuticas más valiosas en AP y eludimos la priorización de una perspectiva poblacional o de «salud en todas las políticas» capaz de incidir sobre los determinantes de la salud. El debate invita a replantearnos el papel de la prevención en AP: ¿estamos enfocando bien nuestros esfuerzos?, ¿cómo encajan la recomendación de activos y la atención comunitaria en todo esto?

Pretendo analizar estas preguntas y sus posibles respuestas a partir de los hallazgos y aprendizajes extraídos de mi trabajo de doctorado. El estudio se centró en investigar el potencial de la recomendación de activos en la prevención de una de las enfermedades más prevalentes en la zona donde trabajo: la diabetes tipo 2<sup>2</sup>.

### Prevención individual de la diabetes en población de alto riesgo: el papel central de la Atención Primaria y Comunitaria

Varios países, como Finlandia, Estados Unidos, Reino Unido y Australia, han integrado programas nacionales de prevención de la diabetes tipo 2 en sus sistemas de salud, con una considerable inversión de recursos en su implementación. Basados en los resultados positivos obtenidos en ensayos clínicos aleatorizados<sup>3,4</sup>, el despliegue a gran escala de estas intervenciones ha mostrado efectos más bien modestos o incluso inexistentes<sup>5</sup>, especialmente entre las poblaciones con mayor riesgo<sup>6</sup> (nuevamente, la ley de cuidados inversos<sup>7</sup>). La **tabla 1** resume sus principales características y sus diferencias con respecto a la recomendación de activos.

En el estudio identificamos que las limitaciones de este programa en el Reino Unido (National Diabetes Prevention Programme [NDPP]<sup>8</sup>) y sus inequidades en el acceso derivan, en gran parte, de una falta de integración con AP. Aunque el programa detecta a individuos en alto riesgo a partir de analíticas realizadas en AP (hemoglobina A1c [HbA1c] en el umbral de prediabetes), emplea una organización privada y ajena a la comunidad local para contactar con las personas participantes y proveer la intervención. Se prioriza la replicabilidad del programa, la fidelidad al diseño original y la consistencia en los consejos.

Nuestro estudio halló que, aunque (o precisamente porque) la recomendación de activos en AP no está específicamente dirigida a la población «de alto riesgo», su acceso es mayor que el del NDPP, especialmente entre aquellos con mayor privación socioeconómica, comunidades racializadas, mujeres y pacientes con multimorbilidad. Comprobamos que las personas en situación de mayor vulnerabilidad no priorizan necesariamente las llamadas de *screening* (por ejemplo, las del NDPP), pero acuden a AP por otros motivos, donde de forma oportunista se identifican y abordan necesidades más amplias mediante, por ejemplo, la recomendación de un activo comunitario.



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

**Tabla 1.** Resumen de las principales características de la recomendación de activos y el programa nacional de prevención de la diabetes tipo 2 en el Reino Unido (NDPP)

	Recomendación de activos	NDPP
<b>Población destinataria</b>	Cualquier paciente adulto con un registro activo en AP. No se requiere un diagnóstico médico	Paciente con hiperglucemia no diabética o antecedentes de diabetes gestacional. Se requiere un <b>diagnóstico médico</b>
<b>Intervención</b>	<b>Flexible</b> según las necesidades del paciente y la disponibilidad. Incluye actividades relacionadas con los hábitos de vida, asesoramiento legal, participación, etc.	<b>Consistente.</b> Sesiones grupales sobre cambios en el estilo de vida, con contenido destinado a mejorar la dieta, los niveles de actividad física y el peso.
<b>Duración</b>	<b>Variada.</b> Los programas pueden establecer un límite en el número de citas u ofrecer un apoyo continuada	<b>Fija.</b> Un mínimo de 16 horas de contacto (en línea o presencial) distribuidas en 9 meses
<b>Impartido</b>	<b>Agentes locales</b> del tercer sector, la comunidad y la AP	Proveedores <b>privados externos</b>
<b>Rol de la AP</b>	<b>Central.</b> Actúa como referente, acompaña, facilita u organiza actividades, entre otros roles	<b>Limitado</b> a la identificación y derivación de pacientes, reforzadas mediante incentivos

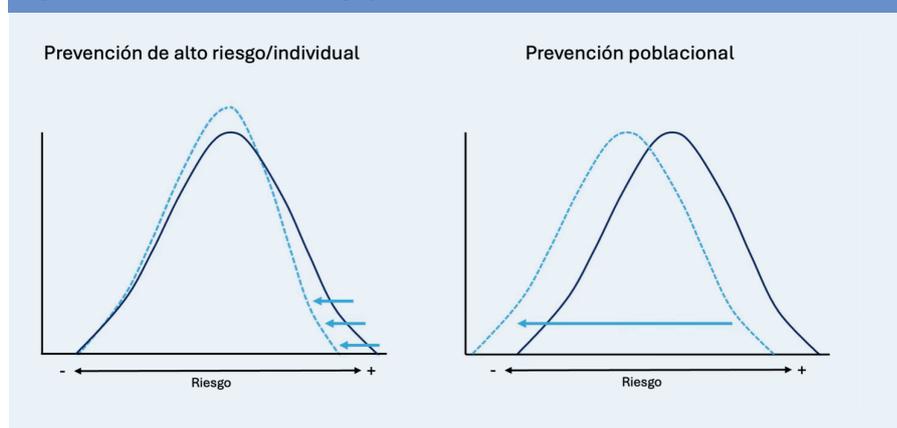
AP: Atención Primaria; NDPP: National Diabetes Prevention Programme.

Nuestra relación con los y las pacientes, sus familias y la comunidad permite en principio una atención adaptada a sus realidades y necesidades. Y, en este esfuerzo de adaptación, a menudo se amplían los posibles cursos de acción y la concepción misma de la prevención de la diabetes hacia un enfoque de promoción de la salud que vaya más allá de los estilos de vida. Así, en el estudio constatamos cómo muchas asociaciones comunitarias se esforzaban por expandir y diversificar sus actividades para responder mejor a necesidades entrelazadas (por ejemplo, combinando asesoramiento legal y laboral con programas de ejercicio físico en un mismo centro). A diferencia del NDPP, la recomendación de activos en AP implica un abordaje flexible, la personalización del consejo y la adaptación a las circunstancias del paciente.

### Prevención poblacional de la diabetes: el papel central de la salud pública y la política sanitaria

Por perfecto que sea un programa de recomendación de activos en AP, seguirá requiriendo la implicación y participación del individuo, y esto es, con demasiada frecuencia, una exigencia insalvable. Geoffrey Rose, en su clásico artículo «Sick Individuals and Sick Populations»<sup>9</sup>, diferenciaba entre estrategias preventivas de alto riesgo (o individuales) y poblacionales. Las primeras se centran en las personas con mayor riesgo, buscando trincar o estrechar la distribución del riesgo. Las segundas abarcan a toda la población, desplazando la curva de riesgo en su conjunto hacia una zona más saludable (figura 1). La tabla 2 resume las principales características de ambas estrategias.

**Figura 1.** Prevención de alto riesgo y poblacional



**Tabla 2.** Resumen de las principales características de las estrategias preventivas de alto riesgo (individuales) y poblacionales

Prevención de alto riesgo	Prevención poblacional
Se centra en el individuo, instándolo a reducir o eliminar su exposición a un factor de riesgo	Modifica el entorno o las condiciones que generan el riesgo, reduciendo o eliminando la exposición de toda la población
Las intervenciones están diseñadas específicamente para las personas de mayor riesgo, adaptándose a sus circunstancias y necesidades específicas	Las intervenciones son uniformes para el conjunto de la población, sin considerar el nivel de riesgo individual
A nivel individual, los beneficios superan los riesgos, ya que se interviene solo en quienes tienen más probabilidades de enfermar	Para cada persona, el beneficio suele ser limitado y puede verse contrarrestado por riesgos menores (la «paradoja de la prevención»)
Tiene el potencial de reducir inequidades al incidir sobre quienes tienen mayor riesgo o necesidad (se estrecha la distribución del riesgo)	No necesariamente reduce inequidades si toda la población se beneficia por igual y quienes tienen mayor riesgo no obtienen un beneficio adicional
El impacto en la prevalencia total es limitado al incidir sobre una minoría (un número elevado de personas con bajo riesgo puede contribuir a más casos de enfermedad que el reducido grupo de alto riesgo)	Tiene capacidad de reducir la prevalencia total al actuar sobre un número elevado de personas
Es conductualmente discordante. Los estilos de vida están condicionados por normas sociales, por lo que adoptar un hábito distinto al de nuestro entorno demanda más esfuerzo y puede ser socialmente cuestionado	Es conductualmente coherente. Cuando una norma de comportamiento es aceptada y se vuelve «normal», su cumplimiento requiere menos esfuerzo
Es paliativo y/o temporal, no radical. No busca modificar las causas subyacentes	Es radical. Busca eliminar las causas subyacentes que hacen que la enfermedad sea común

En el ámbito concreto de la diabetes tipo 2, algunos ejemplos de estrategias de prevención poblacionales incluyen la modificación del entorno alimentario y urbano (por ejemplo, diseños urbanísticos que fomenten la actividad física, el etiquetado nutricional, medidas para reducir los desiertos alimentarios), políticas fiscales y regulatorias (por ejemplo, impuestos a bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados), intervenciones en el ámbito escolar y laboral, campañas de concienciación y educación en salud pública, y estrategias de equidad en salud, como la reducción de la pobreza y la mejora del acceso a la salud y la educación.

Las estrategias poblacionales son radicales porque actúan sobre las causas subyacentes y tienen un gran potencial al incidir sobre el conjunto de la población. No trasladan la responsabilidad al individuo ni le exigen actuar contra adversidades que le superan. Al contrario, redefinen la norma, resituando a la persona dentro de los patrones de comportamiento esperables o «normales». Su implementación depende de salud pública y exige voluntad política para intervenir sobre los determinantes estructurales, políticos y comerciales de la salud.

### Priorizar, complementar e interpelar con sentido

Volviendo al artículo del BMJ, es cierto que las tareas y responsabilidades en la prevención individual están sobredimensionadas e insuficientemente evaluadas en la AP (acorde con la racionalidad política dominante hoy en día<sup>10</sup>). Urge reequilibrar esta balanza, ya no solo por una cuestión de salud pública y de sostenibilidad del sistema sanitario, sino también y sobre todo por justicia social.

Y es aquí donde Rose nos plantea ambas estrategias no como excluyentes, sino como necesariamente complementarias para superar sus respectivas limitaciones (desplazar + estrechar la curva). Cabe, por un lado, priorizar la prevención poblacional y, por otro, complementarla con estrategias dirigidas a poblaciones de alto riesgo desde una AP fortalecida, con acceso a datos poblacionales y coordinada con salud pública, desdibujando también los límites entre lo individual, comunitario y poblacional<sup>11</sup>.

La recomendación de activos y la atención comunitaria no representan una extralimitación de responsabilidades, sino una forma transformadora y eficaz de incidir, dentro de los límites de lo posible, en las poblaciones con mayor riesgo. Somos conscientes de que gran parte de lo que atendemos es consecuencia

de políticas o dejaciones aguas arriba y de que mucho de lo que hacemos tiene un impacto relativo (a veces, paliativo). Pero resulta que somos AP y no podemos desplazar la curva, solo podemos estrecharla por el extremo de mayor riesgo, que no es poco.

Iona Heath, en su texto «The Mystery of General Practice»<sup>12</sup>, advierte que, con frecuencia, los políticos adoptan la retórica de los estilos de vida para encubrir su negligencia en el ámbito de la salud pública. En el extremo opuesto está quien desestima la AP por no ser capaz de modificar las causas de las enfermedades y riesgos que la saturan. A cada cual su parte; de lo contrario, asumimos defectos ajenos y perdemos la oportunidad de valorar el potencial de lo que hacemos. A la política le corresponde intervenir a nivel poblacional y a los profesionales de AP buscar formas de incidir sobre las personas con mayor necesidad, para lo cual la recomendación de activos y la atención comunitaria son herramientas útiles.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martin SA, Johansson M, Heath I, Lehman R, Korownyk C. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 2025 Jan 21;e080811.
2. Calderón-Larrañaga S, Greenhalgh T, Clinch M, Robson J, Dostal I, Eto F, et al. Unravelling the potential of social prescribing in individual-level type 2 diabetes prevention: a mixed-methods realist evaluation. *BMC Med*. 2023 Mar 13;21(1):91.
3. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *New England Journal of Medicine*. 2002 Feb 7;346(6):393-403.
4. Diabetes Prevention Program Research Group. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Nov;3(11):866-75.
5. Wareham NJ. Mind the gap: efficacy versus effectiveness of lifestyle interventions to prevent diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Mar;3(3):160-1.
6. Howarth E, Bower PJ, Kontopantelis E, Soiland-Reyes C, Meacock R, Whittaker W, et al. 'Going the distance': an independent cohort study of engagement and dropout among the first 100 000 referrals into a large-scale diabetes prevention program. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020 Dec 10;8(2):e001835.
7. Tudor Hart J. The inverse care law. *The Lancet*. 1971 Feb;297(7696):405-12.
8. NHS Diabetes Prevention Programme: NHSDPP overview and FAQ. 2016.
9. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30(3):427-32.
10. Brown W. Undoing the Demos. Neoliberalism's Stealth Revolution. New York: Zone Books; 2015.
11. Cerezo-Cerezo J, De Manuel-Keenoy E, Alton D, Bruijnzeels M, Jurgutis A, Jakab M. Unlocking the power of population health management to strengthen primary health care. *Aten Primaria*. 2025 Jul;57(7):103211.
12. Heath I. The mystery of general practice. Nuffield Trust; 1995.