

La salud pública en el diseño de actividades preventivas poblacionales en el sistema sanitario. Informe SESPAS 2010

Dolores Salas^{a,b,*} y Dolores Cuevas^{b,c}

^a Dirección General de Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Valencia, España

^b Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España

^c Dirección General de Asistencia Sanitaria, Conselleria de Sanitat, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de febrero de 2010

Aceptado el 27 de agosto de 2010

On-line el 12 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Prevención primaria

Prevención secundaria

Organización y administración

Evaluación de programas

y proyectos de salud

Política de salud

RESUMEN

En la reorientación del sistema sanitario hacia políticas sanitarias efectivas y equitativas basadas en la salud de la comunidad desempeñan un papel fundamental los programas de prevención poblacionales con adecuada garantía de calidad. En nuestro sistema nacional de salud, involucran tanto a los servicios sanitarios de salud pública como a los de atención clínica, y contribuyen a su coordinación. La prevención poblacional consiste en acciones colectivas para proteger la salud, a iniciativa de las administraciones públicas, dirigidas a la población sea cual sea su sistema de aseguramiento, como medidas de salud pública. Sólo deben ponerse en marcha si cumplen criterios evaluables de eficiencia y equidad, con un balance adecuado entre beneficios y efectos adversos, para evitar efectos iatrogénicos en la población sana. En los programas poblacionales, los servicios de salud pública pueden impulsar políticas de colaboración intersectorial que involucren a los servicios asistenciales, con intervenciones específicas sobre grupos a través de la participación comunitaria. Puesto que las acciones preventivas poblacionales requieren siempre coordinación, es preciso movilizar todos los mecanismos entre salud pública y asistencia sanitaria para que cada uno disponga de la información necesaria para ejercer su responsabilidad: supervisión de las intervenciones por ambas estructuras jerárquicas, retroalimentación, normalización de los procesos de trabajo y habilidades mediante programas, y adaptación mutua con sistemas de información integrados y dispositivos de enlace. La prevención poblacional actúa como un factor de integración del sistema sanitario y de cohesión entre los servicios regionales de salud, y muestra que en nuestro medio es posible su reorientación hacia una perspectiva comunitaria.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Public health in the design of population-based prevention programs in the health system. SESPAS report 2010

ABSTRACT

Health systems have been redirected toward effective and equitable health policies. Community health and population-based prevention programs with adequate quality assurance systems play a key role in this process. In the Spanish national health system, these programs involve both public health services and clinical care and contribute to their coordination. Population-based prevention consists of collective action to protect health, such as public health measures, on the government's initiative, and is aimed at the population regardless of the insurance system. These preventive interventions should only be implemented when measurable criteria of efficiency and equity can be met, with an appropriate balance between benefits and harms to avoid iatrogenic effects in the healthy population. In population-based programs, public health services can promote policies involving intersectoral collaboration on health services, with specific interventions on groups through community participation. Population-based preventive actions always require coordination and consequently mobilization of all the mechanisms between public health and health care is required to provide all the entities involved with the information needed to perform their tasks: overseeing interventions by both hierarchical structures, feedback, standardization of work processes and skills through programs, and mutual adjustment through integrated information systems and liaison tools. Population-based prevention helps to integrate the health system, acts as a cohesive factor among regional health services, and demonstrates that a community perspective is feasible in Spain.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Primary prevention

Secondary prevention

Organization and administration

Program evaluation

Health policy

Introducción

Los determinantes que influyen en la salud están relacionados con factores ambientales, de estilos de vida y también de tipo socioeconómico y cultural. Las medidas de salud pública

tradicionalmente parten de una premisa: las políticas, programas o acciones deben conseguir un impacto en la salud global de la población, ya que a medio y largo plazo los beneficios serán mayores si se priorizan aquellas actuaciones que pretenden un beneficio poblacional frente al provecho particular de aplicar medidas individuales. Este planteamiento implica necesariamente articular políticas intersectoriales y dirigir las acciones del sistema sanitario hacia objetivos de salud de la comunidad en su conjunto.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: salas_dol@gva.es (D. Salas).

Puntos clave

- Los programas preventivos poblacionales, en los cuales confluyen aportaciones de salud pública, atención primaria y hospitalaria, contribuyen a la coordinación dentro del sistema sanitario y a su reorientación hacia políticas sanitarias más efectivas y equitativas.
- La interacción de salud pública y atención clínica se pone de manifiesto en la prevención poblacional: la intervención se inicia en la comunidad, llega a las personas que se acogen (se vacunan o acuden al cribado) y el círculo se cierra con el impacto sobre la morbimortalidad.
- La coordinación entre las comunidades autónomas debe tener entre sus objetivos conseguir la equidad en todo tipo de prestaciones en el conjunto del estado, y por tanto también en la oferta de programas poblacionales, anteponiendo la cooperación entre los distintos servicios regionales de salud a la competitividad.
- La introducción de nuevos programas poblacionales debe basarse en la evidencia y en un balance adecuado entre beneficios y efectos adversos, con el fin de evitar la iatrogenia.
- Los recursos de salud pública y asistenciales se han de organizar en torno a un proceso de atención en el cual todos contribuyen y son responsables del resultado.
- La prevención poblacional sólo puede alcanzar sus objetivos si implica de forma activa a la comunidad. Por ello, los beneficios de las acciones han de resultar tangibles a corto y medio plazo.

A partir de la Declaración de Alma Ata¹ se produce un cambio importante en la orientación de los servicios sanitarios, específicamente en los de atención primaria, que pasan a compartir con los servicios de salud pública el objetivo de dirigir sus actividades a la comunidad. La Conferencia de Ottawa² sobre promoción de la salud propone un nuevo concepto de la salud pública basado en promover políticas públicas saludables, y en redirigir los servicios sanitarios hacia un papel cada vez mayor en la promoción de la salud, que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos.

Este enfoque se contradice con una visión de los servicios asistenciales centrada en la curación de la enfermedad y, en el mejor de los casos, en la detección oportunista de problemas de salud o factores de riesgo, o en ofrecer consejos sobre conductas y estilos de vida³.

La Ley General de Sanidad (1986) marca una nueva etapa en las políticas de salud en España, creando un Sistema Nacional de Salud (SNS) e incorporando una reorientación de los servicios hacia la prevención.

En este marco se han ido implantando los programas o actividades poblacionales, con un importante avance en España en los últimos 15 a 20 años. A los programas poblacionales tradicionales (vacunaciones y detección de metabolopatías) se han incorporado los cribados de cáncer, en especial del de mama. En el desenvolvimiento de todos ellos han desempeñado un papel esencial los servicios de salud pública. No obstante, estos programas necesitan continuidad en los servicios asistenciales, lo cual, pese a algunos conflictos y controversias, ha permitido un ámbito de colaboración más estrecha y evidente que en otras actividades de salud pública.

En la prevención poblacional, el sistema sanitario inicia la intervención en la comunidad, a la que ofrece un programa organizado, llega a las personas individuales que se acogen (se

vacunan o acuden al cribado) y, finalmente, el círculo se cierra con el impacto sobre la morbimortalidad de la población, con lo que en este campo la interacción de la salud pública y la atención clínica se pone claramente de manifiesto⁴.

Otro proceso fundamental en nuestra organización sanitaria ha sido que, al producirse progresivamente las transferencias sanitarias a los servicios autonómicos de salud, han coexistido comunidades con las competencias sanitarias completamente transferidas y otras en las cuales los servicios asistenciales continuaban dependiendo del gobierno central y los autonómicos sólo tenían atribuidos los servicios de salud pública. De esta forma, el despliegue del estado de las autonomías en España en el ámbito de la sanidad ha repercutido en una mejora de los servicios, pero también ha producido un cierto grado de desigualdad entre las comunidades autónomas en la oferta de prestaciones, entre ellas las actividades poblacionales.

En la prevención poblacional, la idoneidad de la oferta de programas se fundamenta en la premisa de que el sistema sanitario está legitimado para dirigirse a la población asintomática y ofrecerle una medida de prevención o un programa de cribado en la medida en que podamos asegurar que lo que hacemos presenta un balance favorable al ponderar sus efectos beneficiosos y perjudiciales en la salud global. Cualquier actividad dirigida al individuo, y con mucho más motivo si se dirige a la población, no está exenta de riesgos y obliga a la prevención cuaternaria de los daños causados por la propia intervención. En los últimos años se ha colocado en un primer plano la necesidad de informar a los ciudadanos sobre los efectos positivos, pero también sobre los posibles efectos negativos, de las medidas preventivas, de manera que con toda la información disponible los individuos puedan decidir si participan o no^{5,6}.

La promoción de la salud y las acciones preventivas dirigidas a la salud de la población implican el desarrollo de políticas públicas saludables, que abarcan medidas de urbanismo, fiscales, sociales, medioambientales, etc., y del marco jurídico que favorezca estas políticas. No obstante, aquí nos ocuparemos únicamente de las acciones poblacionales que lleva a cabo el sistema sanitario encaminadas a la prevención primaria y secundaria, ya que en este territorio común se produce una estrecha relación entre los objetivos y las acciones de los dispositivos de salud pública y de asistencia sanitaria, aspecto en el que pretendemos profundizar y aportar propuestas de actuación. Esta interrelación coloca en primer plano algunas incertidumbres sobre las que conviene reflexionar, como qué programas se deben implantar, quién debe impulsarlos o si se da o no una aplicación equitativa de este tipo de medidas.

Antecedentes sobre las actividades y los programas poblacionales en España

Los programas poblacionales son aquellos cuyo objetivo principal es la salud global de la población, y que por lo tanto dirigen sus actividades al conjunto de los ciudadanos y no al individuo. Se sitúan en su mayor parte dentro del marco de la prevención primaria (evitar que aparezca la enfermedad) y de la prevención secundaria (mejorar las posibilidades de curación o el pronóstico).

Sin embargo, lo poblacional ya no es sinónimo de salud pública⁵. La salud pública constituye una aproximación social a la mejora de la salud, en tanto que «poblacional» significa que la evidencia deriva de estadísticas de la población y no de pacientes individuales en una práctica clínica no representativa. Las prioridades para la acción se sustentan en evidencia poblacional, lo que supone tener en cuenta, además del riesgo relativo asociado a una variable independiente, la proporción de casos

atribuibles a ella (en función de la proporción de la población expuesta) y por tanto evitables.

A lo largo del siglo XIX se produjo en los países desarrollados lo que podríamos considerar un éxito de la prevención primaria: una importante reducción de la mortalidad, relacionada con mejoras en la producción agrícola y la nutrición, los estándares de vida y las medidas higiénicas⁷. En consecuencia, el aumento de las enfermedades crónicas caracteriza el patrón epidemiológico del siglo XX y trae consigo la idea de que su tratamiento puede ser más fácil o más eficaz cuanto antes se actúe en el proceso salud-enfermedad, al inicio de su historia natural. En este periodo se produce una expansión importante de los programas de vacunación.

El primer método de detección precoz diseñado como tal fue la citología cervicovaginal de Papanicolau, en 1943. Su utilización para el cribado poblacional en nuestro medio aún resulta polémica, debido al escaso impacto esperable sobre la mortalidad, a la alta probabilidad de provocar pruebas diagnósticas innecesarias y a los problemas de fiabilidad en la interpretación de la prueba.

En cuanto al cribado de otros cánceres, los primeros programas de los años 1960 con mamografías, diseñados como ensayos clínicos de asignación aleatoria, han aportado información sustancial sobre la efectividad de esta intervención, hoy día en plena expansión en los países de Europa y América del Norte.

El cribado neonatal de enfermedades endocrinometabólicas congénitas empezó en la década de 1960 en algunos países desarrollados, y también en España, en 1968. En el año 1978, el ministerio de sanidad estableció el programa de detección precoz neonatal de la fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito.

La incorporación de programas poblacionales a la cartera de servicios del sistema sanitario se ha sustentado en las recomendaciones de distintos organismos y sociedades de reconocido prestigio. Estos programas deben cumplir estrictos requisitos, descritos desde 1968 por Wilson y Jungtger⁸. La US Preventive Services Task Force⁹ incluyó en 2009 la vacunación, la prevención de enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas, y el cribado para determinados cánceres, entre las acciones o programas que deben ofertarse a la población. El año 2003, el Consejo de la Unión Europea¹⁰ recomienda a los estados miembros que establezcan programas de cribado de cáncer, entre ellos de mama, de cuello de útero y colorrectal; otros, como el de próstata, podrían ser candidatos a detección precoz sistemática si así lo aconsejaran los resultados de los estudios que se están desarrollando.

Situación del sistema sanitario en España

Un factor que favorece los programas poblacionales es disponer de un sistema nacional o regional de salud que abarque al conjunto de la población y esté financiado con fondos públicos, como en España, lo que permite que las acciones asumidas en las políticas sanitarias sean fácilmente extensibles.

Sin embargo, la compartimentación entre las funciones de salud pública y las de atención sanitaria sigue siendo una realidad en la mayoría de los sistemas sanitarios, incluyendo aquellos que tienen mayor integración entre los diferentes niveles, como es el caso de España y Reino Unido¹¹.

En nuestro país, la evolución normativa ha ido marcando la reorientación progresiva del servicio sanitario y aportando elementos clarificadores a su función en la prevención de enfermedades, pero aún persiste cierta confusión sobre el contenido y la organización de responsabilidades en el SNS para la protección de la salud, a la vez que se mantiene una considerable parcelación entre los componentes del sistema.

La Ley General de Sanidad¹² dio inicio al proceso por el cual las diferentes estructuras y los servicios públicos al servicio de la salud se constituyen en un SNS. Su organización en áreas de salud supone que las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica deben integrarse en este nivel. Así, las áreas, aun con distintas denominaciones en algunas comunidades autónomas (departamentos, distritos...), constituyen la demarcación sanitaria de población y territorio donde se interrelacionan los recursos y las actuaciones de salud pública y asistenciales.

La necesidad de cooperación y coordinación entre la asistencia sanitaria y la salud pública se incorpora a nuestra normativa de forma explícita con la Ley de Cohesión y Calidad del SNS¹³. Esta norma define el catálogo de prestaciones del SNS como el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, y comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria y asistencia especializada, junto con otras. Las prestaciones de salud pública, según esta ley, son «iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población ... a través de acciones colectivas o sociales ... (y) se ejercerán con un carácter de integralidad, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones y de la infraestructura de atención primaria del SNS».

La actual cartera de servicios comunes del SNS¹⁴ pone de manifiesto con más claridad cómo entre salud pública y asistencia sanitaria hay un buen número de servicios comunes o interdependientes (promoción, prevención y protección de la salud), de forma que «la cartera de servicios de atención primaria incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial». Sin embargo, la participación de la asistencia especializada en la prevención poblacional, de creciente importancia, no se refleja adecuadamente en nuestra normativa.

La reforma de la atención primaria, con la asignación de los equipos de atención primaria a la población de su zona de salud y el apoyo de los técnicos de salud (o salud pública)¹⁵, pareció crear una situación favorable al abordaje poblacional de la salud. Pero la fragmentación del sistema en sus objetivos y acciones, entre atención primaria y hospitalaria, y entre salud pública y asistencia, sigue siendo hoy día una realidad a pesar de las significativas aportaciones en la gestión integrada de demarcaciones poblacionales.

Desde su inicio con las vacunaciones, las acciones preventivas poblacionales se han multiplicado. La detección precoz, que comenzó en los neonatos con las metabopatías y se ha extendido a los escolares con los trastornos de conducta alimentaria y la salud bucodental, ha alcanzado un hito con los cribados del cáncer y previsiblemente se extenderá con la detección de la sordera congénita y otras afecciones.

En especial, los programas de vacunación y de cribado del cáncer de mama han tenido una considerable expansión en las distintas comunidades autónomas, pero su población diana, su modalidad organizativa, su metodología y su cronograma de implantación han sido diferentes¹⁶. Debido a la organización descentralizada de nuestro SNS, son programas regionales con diferente grado de conexión en el nivel estatal.

En algunas comunidades autónomas, este tipo de programas se gestionan desde los servicios de salud pública con el apoyo de los servicios asistenciales, pero en otras la responsabilidad de la gestión ha recaído en estos últimos. Un estudio piloto¹⁰ en Europa y Norteamérica, incluyendo tres de nuestras comunidades autónomas, sobre dónde se ubican las responsabilidades de prevención, mostraba una gran heterogeneidad en cuanto a quién define la organización del proceso de atención, dónde se provee, quién

contacta con los individuos para realizar la actuación, quién efectúa el seguimiento de las personas con resultados patológicos y quién mantiene registros clínicos de los resultados y procedimientos subsiguientes.

Todo ello ha contribuido a un desarrollo desigual, que ha impedido la agrupación de los datos para evaluar sus resultados y el impacto de su aplicación en la población española, y dificulta la comparabilidad entre las comunidades autónomas.

Experiencias de buenas prácticas de coordinación en los programas poblacionales

Paralelamente a las transferencias sanitarias han ido apareciendo mecanismos para asegurar la equidad en el SNS, con diferente grado de respaldo institucional. Así, la ponencia de registros y programas de vacunaciones del Consejo Interterritorial se ocupa de las indicaciones y los efectos adversos de las vacunas, proponiendo a la Comisión de Salud Pública modificaciones de los calendarios vacunales. En paralelo, los técnicos implicados en los programas de vacunación autonómicos han ido estableciendo nexos, como la creación de la Asociación Española de Vacunología.

En el año 1984, el ministerio de sanidad traspasó el diagnóstico neonatal precoz del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad a las comunidades autónomas, que estructuraron nuevos programas en esta materia. A pesar de los espacios de interacción creados a través del Consejo Interterritorial del SNS, del grupo de trabajo constituido como Comisión de Errores Metabólicos Congénitos dentro de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC), y del informe de 2006 sobre metabolopatías en el cual participaron todas las comunidades autónomas,¹⁷ la coordinación territorial no puede considerarse consolidada.

Un ejemplo de buenas prácticas que promueve la cooperación es la red de programas de cribado de cáncer, en la cual participan todas las comunidades autónomas¹⁸. Se inició en 1998 y se ha institucionalizado con un encuentro anual itinerante de los programas de cribado de España, donde se comparten información y experiencias y se acuerdan protocolos de actuación. En una página web se pone en común la información disponible sobre la evolución de los programas de cribado, las publicaciones, el directorio, etc. En esta red participan profesionales tanto de los servicios de salud pública como de atención primaria y atención especializada, lo que permite consensuar el papel de cada uno. Recientemente se ha ampliado con los programas de cribado del cáncer colorrectal¹⁹. Esta experiencia ha sido asumida por las estrategias de cáncer del SNS, que en su actualización de 2009²⁰ reconocen a la red de cribado del cáncer como referente.

Conclusiones y sugerencias

Nuestra sociedad ha sufrido profundas transformaciones sociales y tecnológicas, y se ha convertido en una sociedad multicultural y globalizada. El sistema sanitario debe ofrecer respuestas efectivas y coordinadas, desde todas las estructuras, a las nuevas necesidades de salud, garantizando la equidad. La configuración de nuestro sistema sanitario ha dejado algunas lagunas en lo que respecta al reparto de competencias entre las administraciones (municipal, autonómica y estatal), que deben ser cubiertas en sus aspectos normativos, pero también creando y facilitando espacios de acoplamiento, hasta ahora muy escasos. Las estrategias en salud aprobadas por el Consejo Interterritorial del SNS son un marco en el cual las comunidades autónomas consensúan los objetivos y acciones en torno a los principales problemas de salud: cáncer, diabetes, salud reproductiva, enfermedades raras, etc., y también las acciones y los programas poblacionales. Estas estrategias, si de verdad se implementan y evalúan, pueden contribuir significativamente a reducir las desigualdades territoriales.

Además de la coordinación interterritorial, en cada territorio es esencial la relación entre las estructuras sanitarias de salud pública y asistenciales. Cuando hablamos de prevención en el ámbito poblacional, el proceso sanitario se inicia en la comunidad, antes de que la persona contacte con el sistema sanitario. De hecho, es el sistema sanitario el que contacta con las personas, e incluso una parte de los individuos a quienes se dirigen las acciones preventivas nunca llegarán a acudir a un centro sanitario. En consecuencia, las acciones preventivas poblacionales requieren siempre armonización, puesto que implican de forma transversal a los dos componentes, de salud pública y asistencial, de nuestro sistema sanitario.

En cada servicio autonómico de salud es preciso movilizar todo el repertorio de mecanismos de coordinación disponibles²¹ entre salud pública y asistencia sanitaria para asegurar que cada uno dispone de la información necesaria para ejercer su papel. En primer lugar, ambas estructuras jerárquicas han de ejercer su responsabilidad de supervisión directa de las intervenciones, con la consiguiente retroalimentación mutua acerca de logros y problemas. Desde luego, es imprescindible la normalización de los procesos de trabajo y las habilidades, que se concreta en el establecimiento de programas; y finalmente, quizá lo más fundamental, la adaptación mutua entre los agentes, que requiere sistemas de información integrados y dispositivos de enlace. Dentro de estos últimos se dispone de amplia experiencia, que abarca desde los grupos de trabajo interdisciplinarios en diferentes niveles de gestión hasta la asignación de responsables de proyecto y, en particular, la actuación como puestos de enlace que llevan a cabo los técnicos de salud pública.

Tabla 1
Evolución y expectativas

	¿De dónde venimos?	¿Hacia dónde vamos?
Percepción de las necesidades de salud por la población y los responsables políticos	Identificación del sistema sanitario con asistencia	Incluye promover y proteger
A quién se dirige la prevención	Individuo frente a población	De la comunidad (a la que se ofrece la prevención) a la persona (que se acoge a ella) y vuelta a la comunidad (morbimortalidad)
Ámbito y orientación de la prevención	Individual, clínica, en los contactos del usuario con los servicios, a iniciativa del médico	Poblacional, impacto sobre la salud de la población
Sobre quién pivotan las actuaciones preventivas	Salud pública, atención primaria u hospital (en menor grado)	Involucran a todo el sistema sanitario
Cómo se asignan las responsabilidades	Actividades preventivas desarrolladas por salud pública con colaboración de atención primaria	Organización de un sistema sanitario integrado por salud pública y asistencia sanitaria, orientado a las necesidades de salud de la población

En la reflexión de a quién sirve el sistema sanitario y para qué sirve puede ser útil considerarlo como una organización, es decir, un conjunto de procesos orientados a promover y proteger la salud de la comunidad, los colectivos o las personas, y a incrementar el nivel de salud y satisfacción de las personas de la población que atiende²². Con la misión de contribuir a mejorar la salud de la población del área, cada actividad de la organización debe añadir valor y tener un responsable. Todos los elementos del sistema son a la vez proveedores y clientes, han de responder a las expectativas de sus clientes externos (las personas de la población) y sus clientes internos (otros profesionales con quienes colabora, a quienes apoya y en quienes se apoya) (tabla 1).

Cuando las partes del sistema se integran mediante coordinación²³, la población recibe continuidad de información, imprescindible para la atención adecuada, y continuidad de gestión, que consigue que los servicios se complementen en su momento y lugar, con la información necesaria y visualizando un objetivo común.

La complejidad de las intervenciones poblacionales supone que los recursos de salud pública y asistenciales se han de organizar en torno a un proceso de atención en el cual todos contribuyen y son responsables del resultado. Como dificultad añadida, es preciso negociar las decisiones conjuntas entre los directivos que tienen responsabilidad sobre los recursos y sobre el proceso, tanto en el nivel autonómico como en las áreas de salud.

Es importante considerar que la prevención poblacional sólo puede alcanzar sus objetivos si implica de forma activa a la comunidad¹¹. Por ello, para estimular este trabajo conjunto y facilitar la evolución del sistema sanitario, los beneficios de las acciones han de resultar tangibles a corto y medio plazo para la población, además de para ambos elementos del sistema sanitario.

La experiencia de la prevención poblacional actúa como un factor de integración del sistema sanitario, y también de cohesión entre los diferentes servicios regionales de salud, y nos muestra que su reorientación hacia una perspectiva comunitaria es posible en nuestro medio y puede contribuir a la efectividad, la eficiencia y la seguridad en el abordaje de los problemas de salud de alta prioridad.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

Ambas autoras concibieron el artículo, recogieron y analizaron la documentación, contribuyeron a la escritura de los borradores, revisaron la redacción y aprobaron la versión final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. The Alma-Ata conference on primary health care. *WHO Chron.* 1978;32:409–30.
2. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [Actualizado 9/3/2002; consultado 28/4/2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>.
3. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH, et al. Shared decision making about screening and chemoprevention: a suggested approach from the US Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med.* 2004;26:56–66.
4. Gervás J, Segura A. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2007;39:319–22.
5. Starfield B, Hyde J, Gervás J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health.* 2008;62:580–3.
6. Márquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. *Gac Sanit.* 2008;22(Suppl 1):205–15.
7. McKeown T. Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica; 1990.
8. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers.* Ginebra: World Health Organization; 1968.
9. Guide to clinical preventive services, 2009. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force AHRQ Publication No. 09-IP006, September 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Actualizado septiembre 2009; consultado 2/2/2010]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>.
10. Council of the European Union. Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. *Official Journal of the European Union.* 2003;878:34–8.
11. Starfield B, Sevilla F, Aube D, et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. *Rev Esp Salud Publica.* 2004;78:17–26.
12. Ley General de Sanidad. L. N.º 14/1986 (25 abril 1986).
13. Ley de Cohesión y Calidad del SNS. L. N.º 16/2003 (28 mayo 2003).
14. Real Decreto de Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. R.D. N.º 1030/2006 (15 septiembre 2006).
15. Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SEESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22(Suppl 1):104–10.
16. Castells X, Sala M, Salas D, et al. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gac Sanit.* 2009;23:244–9.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la situación de los programas de cribado neonatal en España. Propuestas de actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
18. Asuncion N, Salas D, Zubizarreta R, et al. Coordinación. La experiencia de la red de los programas de detección precoz de cáncer de mama. *Revista de Administración Sanitaria.* 2008;6:95–105.
19. Programas de detección precoz de cáncer en España. [Actualizado 2/3/2010; consultado 28/4/2010]. Disponible en: <http://www.programascancerdemama.org>.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias de cáncer del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
21. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485–95.
22. Osakidetza. Guía de gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias. Álava: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; 2004.
23. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel Economía; 1988.