

Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008

Andreu Segura

Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona, Área de Salud Pública, Instituto de Estudios de la Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.

(Health policies [population interventions] in health services)

Resumen

Las intervenciones sanitarias dirigidas colectivamente a la población desde los servicios asistenciales son escasas y sólo excepcionalmente (vacunaciones y en algunas comunidades autónomas, prevención secundaria del cáncer de mama) se llevan a cabo de forma coordinada con los servicios de salud pública. Aunque las actividades educativas dirigidas a escolares son de las más frecuentes, raramente se evalúan sus resultados.

Sin embargo, los servicios de atención primaria realizan muchas actividades preventivas de carácter clínico que, a pesar de las buenas intenciones, padecen limitaciones considerables puesto que, además de generar dependencia e inducir consumo, son poco eficientes y poco equitativas. Ello justifica el ensayo de abordajes conjuntos con los servicios de salud pública y entidades ciudadanas para mejorar y proteger la salud de la comunidad.

El desarrollo de programas de salud comunitaria basados en la cooperación entre la atención primaria de salud y los servicios de salud pública requiere estrategias que produzcan beneficios tangibles a corto plazo a ambos estamentos sanitarios, además de a la población de manera que estimulen positivamente el proceso y faciliten su evolución.

Los ámbitos en los que resulta más prometedora la colaboración son los de la vigilancia de salud dirigida a la población de las zonas básicas de salud; el control conjunto de las enfermedades transmisibles y los brotes epidémicos; los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades mediante intervenciones colectivas y asistenciales simultáneas y la mejora de la gestión del conjunto de los servicios sanitarios a disposición de las poblaciones locales a partir de la evaluación conjunta.

Los recursos para llevar a cabo estas actividades deben proceder de una reorientación de la atención primaria que disminuya la carga de trabajo y el gasto sanitario asociado a la prevención clínica y del incremento en la dotación y en la capacitación de los servicios de salud pública.

Palabras clave: Sistema sanitario orientado a la comunidad. Colaboración entre servicios de salud pública y de atención primaria.

Abstract

Health interventions addressed to the population as a whole from health care services are scarce and only exceptionally involve coordination among public health services (vaccinations and, in some autonomous communities, secondary breast cancer prevention). Health education programs addressed to schools are one of the most frequent interventions but their outcomes are not systematically evaluated.

However, primary health care services carry out many clinical preventive activities. While the aims of these activities are laudable, the interventions themselves have substantial limitations, because they are an important source of dependency, a powerful incentive to consume drugs, and are also inefficient and inequitable ways of spending health resources. These limitations justify the testing of combined approaches between public health services and citizens' collectives to improve and protect community health.

Developing community health programs based on cooperation between primary health care services and public health services requires strategies that produce appreciable results in the short term to both health sectors, as well as to the population, so that these programs stimulate the process and encourage further development.

The settings in which collaboration is most promising are population health surveillance and monitoring in basic health areas, control of communicable diseases and epidemic outbreaks, health promotion and health protection programs through simultaneous clinical and community-based interventions, and improved management of all health services in local communities through joint evaluation.

The resources needed to carry out these activities should be drawn from a reduction of clinical preventive activities that reduce workload and from an increase in the number and quality of the public health workforce.

Key words: Community-oriented health system. Public health and primary health care collaboration.

Correspondencia: Andreu Segura.
Instituto de Estudios de la Salud. Barcelona.
Correo electrónico: andreu.segurab@gencat.net

Ideas clave

- Las actividades clínicas de promoción y de protección de la salud (prevención de la enfermedad) tienen un impacto limitado debido a la incapacidad de influir decisivamente sobre los determinantes colectivos. Además, suelen resultar ineficientes y poco equitativas.
- Para mejorar la contribución del sistema sanitario al incremento de la salud de la población, a la prevención de las enfermedades y al control de los factores de riesgo, conviene adoptar una perspectiva poblacional que, desde el sistema sanitario, pueden aportar los servicios de salud pública y, además, se necesita la implicación de la comunidad.
- Una colaboración estratégica entre los servicios colectivos de salud pública y los servicios personales de la atención primaria posibilitaría la reorientación comunitaria de las actividades de promoción y de protección de la salud, que se llevan a cabo en el territorio sobre unidades determinadas de población.
- Los propósitos iniciales de esta colaboración deberían incluir objetivos a corto plazo, de forma que se estimule un proceso paulatino para desarrollar iniciativas de salud comunitaria.
- La alianza entre la atención primaria de salud y la salud pública debe plantearse de manera que se facilite, o cuando menos no se dificulte, la participación activa de la comunidad que, en último término, es quien debe tener el control de los factores determinantes de su propia salud.

Introducción

La promoción y la protección de la salud son dos de los propósitos de las intervenciones humanas que pretenden, respectivamente, incrementar la salud y evitar enfermedades y trastornos. Si bien la medicina preventiva tiende a considerar las actividades de prevención clínica como parte de la promoción de la salud¹, se puede mejorar la salud sin recurrir a actividades preventivas. Efectivamente, las intervenciones que aumentan la capacidad funcional, la resistencia física o la vitalidad producen un incremento de la salud independiente de la prevención de enfermedades determinadas, aunque ello suele comportar una reducción colateral de la incidencia de las enfermedades.

Esta distinción, según su propósito, entre las intervenciones que tienen como objeto la promoción y las que pretenden —lo que no es poco— la prevención, no es meramente un prurito terminológico. La asimilación entre promoción de la salud y prevención de enfermedades es propia de la medicina, mucho más ducha en

el ámbito de la patología, y los valores que subyacen son los de la lucha contra la enfermedad. En cambio, desde la perspectiva de la salud en sentido positivo, «salutogénica» como planteaba Aaron Antonovsky², permite una visión de la salud más amplia y favorece la participación de la sociedad civil, necesaria para satisfacer la dimensión poblacional.

Otra cuestión relevante es que las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades bajo una perspectiva exclusivamente clínica muestran grandes limitaciones a la hora de modificar favorablemente la exposición a los riesgos para la salud derivados de los comportamientos personales, tanto en términos de eficiencia como en términos de equidad. Sin olvidar los efectos adversos directamente atribuibles a las intervenciones profilácticas y terapéuticas propiamente dichas.

Así pues, se trata de considerar hasta qué punto el sistema sanitario puede contribuir efectivamente al desarrollo de políticas de salud que comporten una mejora de la salud y una disminución de la incidencia de las enfermedades prevenibles y, en cualquier caso, de las consecuencias y las secuelas de los problemas de salud, así como de los efectos adversos que tienen su origen en las actividades sanitarias, muchos de los cuales no se deben a negligencias y errores, sino al consumismo. Hay que ver si es factible una reorientación bajo una perspectiva comunitaria y si es esperable que ello comporte una mejora de la efectividad —en términos positivos y también de seguridad— de la eficiencia y de la equidad. Por ello, conviene analizar las características de la prevención en el sistema sanitario actual, las experiencias de base comunitaria, el posible papel de los servicios de salud pública y la propuesta de un programa de colaboración entre la salud pública y la atención primaria de salud.

La prevención en el sistema sanitario. El papel de la atención primaria de salud

El común de la población y la mayoría de los responsables políticos identifican los servicios asistenciales con el sistema sanitario, seguramente como consecuencia de su preponderancia en términos de recursos, pero también porque los servicios de salud pública sólo adquieren notoriedad cuando se produce alguna crisis sanitaria. Sin embargo, las actividades de protección de la salud que incluyen todo tipo de prevención son responsabilidad de la salud pública cuando tienen como objeto la población y, en la práctica, se llevan a cabo por otros sectores de la sociedad además del sistema sanitario.

Buena parte de las intervenciones de protección de la salud, como el saneamiento y las diversas políticas

de seguridad, laboral, viaria, alimentaria, etc., corresponden a otros sectores sociales. El propósito de la protección de la salud es preventivo porque lo que pretende evitar es la exposición a factores determinantes y con ello disminuir la incidencia de enfermedades.

Pero también una proporción considerable de las actividades que llevan a cabo los sistemas sanitarios, sobre todo de los países desarrollados, tienen una finalidad preventiva. No sólo las que pretenden limitar las complicaciones y las secuelas de las enfermedades, denominadas de prevención terciaria, que no deja de ser un sinónimo del tratamiento adecuado, sino también las que intentan disminuir la incidencia (prevención primaria) o mejorar el pronóstico (prevención secundaria). Incluso se ha propuesto una nueva categoría de prevención, lamentablemente, menos desarrollada de lo que debiera, con la pretensión de reducir al máximo los efectos adversos que provocan las mismas intervenciones médicas, la prevención cuaternaria³.

Aunque todos los estamentos sanitarios están implicados en la prevención, las actividades preventivas se llevan a cabo básicamente desde los servicios de salud pública, sobre todo cuando son de ámbito colectivo y desde la atención primaria que es el estamento sanitario que más intensamente las ha incorporado. Ello se debe a diversas razones.

Por un lado, la reacción al informe LaLonde sobre la salud de los canadienses⁴, que señalaba la importancia de las conductas personales como determinantes de salud, los estilos de vida saludables. Si la salud depende, entre otros factores, de los comportamientos de las personas, era razonable que el sistema sanitario se descargara de buena parte de sus responsabilidades y, por tanto, del gasto asistencial que en aquella época ya apuntaba una preocupante tendencia inflacionista que no ha dejado de acentuarse, según Evans⁵. Aunque con la incorporación de la medicina clínica preventiva, mediante la que se pretende influir favorablemente en la modificación de los estilos de vida, el sistema asistencial incrementa su hegemonía en la sanidad.

La fragmentación del sistema sanitario, desde el cisma que se produce a caballo de los siglos XIX y XX⁶ entre la salud pública y la asistencia, y que más adelante se ampliaría con la disociación entre la atención hospitalaria y la medicina ambulatoria, dificulta una adecuada orientación del conjunto del sistema a las necesidades de la población, que las comunidades más pobres sufren de forma dramática, en algunas de las cuales se llevan a cabo experiencias de salud comunitaria, como la denominada Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)⁷. Éstas son iniciativas dispersas, que desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pretende coordinar mediante una estrategia nueva, la de la atención primaria de salud (APS) surgida de la conferencia de Alma Ata⁸.

A pesar de que la mayoría de los países desarrollados muestran reticencias frente a la APS, la reivindicación de las perspectivas de la promoción y de la protección de la salud tiene suficiente atractivo como para que, una vez pasada por el tamiz de la perspectiva clínica, los sistemas sanitarios avanzados las incorporen.

La estrategia de APS de Alma Ata ponía el acento en la dimensión comunitaria de la salud y en la contribución coordinada del sistema sanitario, junto con la participación de muchos otros sectores sociales y de la propia población, a la elaboración de políticas de salud, además de las estrictamente sanitarias. Sin embargo, algunos países, como el nuestro, vieron en las propuestas de Alma Ata una salida para la gran cantidad de profesionales que estaban abocados a la práctica de la medicina general en condiciones harto precarias. De ahí la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Y la reforma de la atención primaria contó en España con la creación de una nueva figura profesional, los técnicos de salud que originalmente se denominaron de salud pública y que debían contribuir a la formación de los nuevos especialistas en los aspectos más relacionados con la salud de la comunidad, la elaboración de «diagnósticos de salud» de las poblaciones cubiertas y la utilización de métodos epidemiológicos para favorecer las investigaciones poblacionales.

Una situación aparentemente favorable para el desarrollo efectivo de la salud comunitaria y la elaboración de estrategias sanitarias poblacionales. Pero la falta de liderazgo de los servicios de salud pública, con una orientación muy burocrática y bajo la dirección de médicos imbuidos en el planteamiento de la medicina preventiva, fue incapaz de reorientar el destino de la sanidad, en la que el predominio de la medicina hospitalaria y de la especialización sigue marcando el rumbo.

Así, a pesar de la existencia de algunas iniciativas comunitarias, articuladas básicamente en torno al Programa de Actividades Comunitarias de la Atención Primaria (PACAP)⁹ y de algunas propuestas específicas para la promoción de la participación ciudadana¹⁰, la orientación predominante de la prevención en atención primaria es clínica, de ámbito individual y se articula aprovechando los contactos personales de los pacientes y usuarios con el sistema asistencial a partir de la iniciativa del médico de familia¹¹.

Las recomendaciones de grupos de expertos de prestigio reconocido, como las Task Force americana¹² y canadiense¹³, sólo abordan marginalmente la dimensión comunitaria, de forma que se centran en las pruebas disponibles de eficacia y mucho menos en la factibilidad. Una tarea que en España lleva a cabo el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)¹⁴ de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Alternativamente, cabe considerar las iniciativas de la organización Network-Tufh¹⁵, que agrupa básicamente escuelas de medicina de orientación comunitaria e incorporó el proyecto Towards Unity for Health (TUHF) de la OMS. The Network-Tufh ha elaborado diversos informes para facilitar la integración entre la medicina asistencial y la salud pública, uno de los cuales se refiere particularmente a la atención primaria del que está disponible una versión española¹⁶.

Pero se trata de iniciativas a contracorriente que, aun manteniendo ciertas expectativas, tienen poca influencia tangible en el diseño de las políticas sanitarias, puesto que el establecimiento de las prioridades formales y la formulación de objetivos no suele acompañarse de los cambios necesarios en la asignación de recursos ni en la organización de los servicios.

Perspectiva clínica de la prevención. Posibilidades y limitaciones

Al margen del aumento de la dependencia de la población hacia los servicios asistenciales, las potencialidades de la perspectiva clínica de la prevención no son despreciables. Particularmente, en relación con las intervenciones de prevención primaria, entre las que cabe destacar la vacunación de la población. Las limitaciones de una perspectiva asistencial se ven en este caso compensadas por la generación de inmunidad comunitaria. La prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, mediante la detección y el tratamiento de la hipertensión arterial y de las dislipemias, dispone de pruebas convincentes sobre su eficacia. Las limitaciones, en este caso, son de dos tipos. Por un lado, la ineficiencia, por el elevado coste económico y la notable carga de trabajo que requiere, junto con un escaso cumplimiento de los consejos y de la medicación. Por otro, el fomento, directo o indirecto, de la medicación como alternativa, en lugar de como complemento, de las medidas higiénicas relativas al control de peso, la adecuada alimentación y la actividad física, y el escaso rendimiento del cribado de colesterol¹⁷.

Otra cuestión que cabe considerar es el fomento de la prevención secundaria¹⁸, básicamente del cáncer de mama y del cáncer de cuello uterino, que son los programas más aceptados de cribado y tratamiento precoz. Mientras que en algunas comunidades autónomas la prevención secundaria del cáncer de mama se plantea bajo una perspectiva poblacional, invitando al conjunto de la población diana y analizando los procesos y los resultados obtenidos mediante indicadores poblacionales, a menudo con la colaboración activa de los servicios colectivos de salud pública, la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino es, en general, una iniciativa clínica, con el grave riesgo de incremen-

tar las inequidades en salud, puesto que las poblaciones efectivamente objeto de cribado suelen ser las menos necesitadas. La relativamente baja prevalencia de este tumor en España comporta además problemas de ineficiencia. La gran cantidad de falsos positivos supone una carga asistencial elevada y, además, dificulta mantener los estándares de validez a la hora de medir e interpretar los resultados de las citologías.

Riesgos de la medicalización

Así pues, el criterio semántico nos proporciona una primera pista para señalar algunos potenciales efectos adversos de las intervenciones de promoción y protección de la salud, a saber, el riesgo de provocar medicalización, enérgicamente denunciada por Illich¹⁹ o Skrabanek²⁰, recogida por el grupo de calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria en un opúsculo titulado ilustrativamente «Enfermos de Salud»²¹.

La consecuencia más directa de la medicalización es la alienación o la expropiación de la responsabilidad y la libertad de los individuos. Un atentado a la autonomía que constituye una dimensión básica de la salud. Sin olvidar que sus efectos pueden servir también a los propósitos de dominación social, como señalaba Michel Foucault cuando se refería a la biopolítica, la intervención del poder para regular los hábitos y conductas de las gentes mediante el señuelo del culto al cuerpo²². Por otro lado, el imaginario popular está trufado de mitos y leyendas que favorecen este tipo de planteamientos, como el de la eterna juventud²³.

Pero al promover el consumismo, la medicalización contribuye al incremento de la iatrogenia y lo hace también en el ámbito de la prevención de enfermedades en el que no se aplica con suficiente determinación el denominado principio de precaución que los salubristas reivindican como criterio de prudencia frente a factores y elementos generalmente tecnológicos de los que se desconoce su efecto en la salud²⁴.

Salud pública y atención primaria de salud

Puede decirse que los servicios de salud pública y los de atención primaria de salud en España se desconocen mutuamente. Mantienen pocas relaciones que, en general, son desconfiadas. Los profesionales asistenciales más bien temen la injerencia de la salud pública, puesto que suele suponer una sobrecarga de trabajo burocrático, ya sea mediante las notificaciones de enfermedades de declaración obligatoria o sobre la aparición de eventuales brotes epidémicos. Desde

la salud pública se suele echar en falta una colaboración de los servicios asistenciales en los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades que se llevan a cabo colectivamente.

Esta desconexión afecta tanto a los servicios que dependen directamente de las administraciones autonómicas como de las locales que, en el caso de municipios de tamaño medio, por encima de los 20.000 habitantes, son propios e independientes.

La organización territorial del Sistema Nacional de Salud, cuyas unidades son las zonas (o áreas según el lugar) básicas de salud, creadas por la Ley General de Sanidad, permitiría que el sistema sanitario llevara a cabo intervenciones coordinadas de carácter poblacional²⁵, en la que tanto los servicios colectivos como los individuales pueden actuar sobre la misma población que es, con pocas excepciones, la que reside en un mismo territorio.

Claro que la diversa evolución de los servicios de salud pública en las comunidades autónomas, cuya responsabilidad empezó a transferirse desde la administración central a mediados de 1979, comporta distintas condiciones de aplicación. Así, en Andalucía y el País Vasco, por ejemplo, se ha pretendido una integración funcional de las actividades comunitarias a partir de los equipos de atención primaria, mientras que en Valencia o en Madrid el modelo de las antiguas jefaturas provinciales de sanidad se ha descentralizado mediante la constitución de centros de salud pública o comunitaria en el territorio, distribuidos de acuerdo con la regionalización del sistema sanitario²⁶. Aunque está por efectuar una valoración rigurosa del efecto de estos modelos organizativos sobre el propio sistema sanitario, tanto en términos de coordinación entre los servicios de salud pública y los asistenciales como de su impacto sobre la salud de la población, la pérdida de identidad de los dispositivos de salud pública tiene el grave riesgo de diluir la perspectiva comunitaria de la salud pública en el planteamiento más clínico de la asistencia, algo que se ha constatado al analizar las consecuencias de la desaparición de las autoridades sanitarias locales en el Sistema Nacional de Salud inglés²⁷, como comentaremos más adelante.

De cualquier forma, algunas propuestas que cabría tener en cuenta provienen de la denominada investigación participativa de salud basada en la comunidad, desarrollada en Estados Unidos²⁸, y la colaboración entre medicina asistencial y salud pública se ha argumentado conjuntamente desde las respectivas asociaciones profesionales de salud pública y de medicina²⁹. Por otro lado, una propuesta británica³⁰ señala distintos ámbitos de la actividad sanitaria en los que una colaboración implica ventajas potenciales para ambos servicios y para la salud de la población, que resultan aprovechables.

Vigilancia de salud pública: seguimiento y análisis

Las zonas básicas de salud constituyen unidades territoriales y demográficas que pueden analizarse bajo criterios epidemiológicos para establecer prioridades y objetivos de intervención de acuerdo con las características (importancia y vulnerabilidad) de los problemas de salud locales y de sus determinantes, así como para llevar a cabo comparaciones con otras zonas básicas, de modo que constituyan un estímulo para la mejora de la gestión de los programas y servicios sanitarios.

El relativo fracaso en la elaboración de «diagnósticos de salud» por parte de la atención primaria puede atribuirse, al menos en parte, a las limitaciones de las competencias de los profesionales clínicos en los aspectos más comunitarios. Unas limitaciones que no se han superado con la incorporación de los técnicos de salud, dependientes de la misma APS y que paulatinamente se han ido dedicando a tareas de administración y gestión de las entidades proveedoras de servicios asistenciales, pero tal vez podrían paliarse con el apoyo real de los servicios de salud pública. No obstante, el éxito de este planteamiento no está en absoluto garantizado. Es necesaria una estrategia adecuada en la que se definan claramente los propósitos, procedimientos y responsabilidades de cada uno de los estamentos sanitarios implicados y, desde luego, un suficiente número de profesionales salubristas competentes. La disponibilidad de información demográfica, sociológica y sanitaria de referencia que técnicamente se puede aplicar a la población de las zonas básicas de salud sería un elemento facilitador que podría completarse con encuestas de salud periódicas llevadas a cabo conjuntamente por los servicios de salud pública y los equipos de atención primaria, lo que permitiría, por un lado, mejorar la calidad de los datos sobre las poblaciones efectivamente cubiertas y, por otro, evaluar el impacto de los programas de intervención. Una proporción modesta del gasto corriente de cada uno de los equipos de atención primaria junto con la aportación de los servicios de salud pública haría económicamente factible este tipo de iniciativas.

Investigación y control de enfermedades transmisibles

El control de las enfermedades transmisibles es un propósito que comparten actualmente los equipos de atención primaria y los servicios de salud pública. A pesar de ello, los ámbitos de cooperación son reducidos. La notificación de las enfermedades transmisibles y los brotes epidémicos se acostumbra a ver desde la atención primaria como una obligación burocrática de la que, más allá de una carga administrativa, obtienen pocos beneficios tangibles.

La coordinación de las actividades de control de brotes epidémicos locales cuando se producen, permitiría reforzar los vínculos entre ambos servicios, como ponen de manifiesto algunas experiencias, entre las que puede destacarse el brote de legionelosis del barrio de la Barceloneta del año 2000³¹. Aunque a menudo el ámbito territorial y demográfico de los brotes epidémicos no se limita a la población de una sola zona básica de salud.

Sin embargo, el control de las enfermedades transmisibles abarca otros ámbitos de intervención, entre los que cabe destacar la investigación de contactos, por ejemplo, en el caso de la tuberculosis y en el de las infecciones de transmisión sexual. Una investigación efectiva para limitar la capacidad de difusión de las fuentes de infección. En la actualidad, los servicios de salud pública proceden a la localización de los eventuales contactos mediante los datos proporcionados por los servicios hospitalarios cuya proximidad con la población es menor que la de los servicios de atención primaria, lo que podría aprovecharse para establecer programas conjuntos, entre la salud pública y la atención primaria, de seguimiento y control de estas enfermedades en cada una de las zonas básicas de salud.

Programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades

Las limitaciones actuales de las actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades por parte de los servicios asistenciales tienen que ver con el escaso efecto sobre los determinantes sociales de los comportamientos de las personas, las condiciones de vida que afectan los modos de alimentación, la movilidad de las personas, la vivienda, el trabajo y otros ámbitos de la vida social. Un planteamiento que armonice las intervenciones clínicas y las comunitarias mediante programas integrales en los que las actividades clínicas y las comunitarias respondan a estrategias consistentes podría mejorar la eficiencia y la equidad de los programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades y, sobre todo, facilitar la participación activa de grupos y entidades de la comunidad.

Una manera relativamente sencilla de desarrollar este tipo de colaboración es la integración de los servicios de atención primaria en los programas de prevención secundaria de algunas enfermedades, como el cáncer de mama o el cáncer de cuello uterino. En el caso del cáncer de mama, y a pesar de algunas limitaciones importantes del planteamiento actual, entre las que destaca una idea de la participación comunitaria reducida a la aceptación de las propuestas sanitarias, la implicación de los servicios de atención primaria posibilita llevar a cabo evaluaciones poblacionales que, a

su vez, permiten la introducción de modificaciones para mejorar los resultados.

Más difícil es la coordinación de las actividades de protección de la salud más clásicas, tanto las que se refieren a la salud ambiental en general, las dedicadas a la vigilancia y el control de la calidad del aire o del agua, como las que afectan a ámbitos más específicos, ya sea la seguridad alimentaria, la vial o la laboral. No obstante, buena parte de las actividades de los servicios de salud pública en el territorio tienen que ver con el saneamiento, de manera que parece lógico esforzarse al menos para explorar las posibilidades de colaboración. Una iniciativa que facilitaría la existencia de centros de salud pública en ámbitos más pequeños que las provincias, ya sean las regiones o los sectores sanitarios. Una cooperación que también se podría fomentar mediante instituciones como los recientemente propuestos gobiernos sanitarios locales³² por parte del Departamento de Salud de Cataluña.

Intervenciones en las comunidades locales para reducir desigualdades

Precisamente una de las posibilidades de los programas poblacionales es la capacidad de intervención selectiva sobre los grupos que menos frecuentan los servicios asistenciales y que a menudo son los que sufren más necesidades³³. En el caso de los programas de prevención secundaria una de las limitaciones importantes es el posible incremento de las desigualdades, de manera que la adhesión de los menos necesitados es mayor, con las consecuencias negativas sobre la eficiencia y la equidad. El reconocimiento de grupos especialmente vulnerables permite plantear actividades específicamente dirigidas a ellos. Lo que es extensible al conjunto de problemas de salud, no únicamente a los que permiten aplicar intervenciones de prevención secundaria. La exposición a determinados factores de riesgo, como el tabaquismo, la alimentación inadecuada, el sedentarismo y otros muchos, presenta una distribución entre la población no homogénea, sino por sexos de género, etnia, clase social, etc.

Mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios en conjunto

Los servicios de salud pública podrían colaborar también en las iniciativas de *benchmarking*, que propician algunas entidades compradoras de servicios de atención primaria³⁴ y que, además de estimular la superación, facilitan el reconocimiento de innovaciones útiles y su generalización. La aportación de datos sobre las características demográficas, sociológicas y económicas de las poblaciones cubiertas junto con la información sobre eventuales coberturas privadas comple-

mentarias –particularmente en cuanto a la utilización de servicios sanitarios de la atención especializada, por ejemplo, la frecuentación de los sistemas de emergencia, de los servicios de urgencia, la práctica de pruebas diagnósticas y los ingresos hospitalarios y las visitas a las consultas externas– permitirían una valoración de la utilización de servicios de base poblacional, como se hace ya con la prescripción de recetas y, por tanto, el diseño de eventuales intervenciones de racionalización de la demanda desde la APS.

Finalmente, la razonable integración funcional de las actividades colectivas de los servicios de salud pública en la red de base poblacional de la atención primaria no debe hacerse a costa de una mera absorción, puesto que la precariedad cuantitativa y cualitativa de los dispositivos de salud pública podría suponer todavía un mayor déficit de la orientación comunitaria, debido a la mayor capacidad de influencia de la perspectiva clínica médica, como parece que ha ocurrido en la experiencia británica³⁵, generando además cierto desasosiego de los salubristas³⁶. De ahí la importancia estratégica de fortalecer la salud pública, para lo cual se requiere un apoyo político explícito con el que hacer más atractivo el desempeño laboral, incrementando el grado de competencia profesional, el reconocimiento sanitario y social y, desde luego, el salario de los salubristas.

Bibliografía

- Salleras L. Medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Supl 1:5-12.
- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11:11-8.
- Jamoulle M. Infomation et informatisation en médecine generale. En: *les informa-g-ciens*. Paris: Presses Universitaires de Namur, 1986. p. 193-209.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
- White H. Healing the schism: epidemiology, medicine and the public's health. New York: Springer Verlag; 1991.
- Kark S L, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci*. 1983;19:703-13.
- Anónimo. The Alma-Ata conference on primary health care. *WHO Chron*. 1978;32:409-30.
- PACAP. Programa de actividades comunitarias en atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2005. Disponible en: www.pacap.net
- De la Revilla L, Siles MD, López LA. Participación e intervención comunitarias. En: Martin-Zurro A, Cano JF, editores. *Atención primaria*. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 172-84.
- Turabian JL, Pérez B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Un nuevo enfoque práctico. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. Las actualizaciones se pueden consultar en www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm
- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Ottawa: Groupe Communication Canada; 1994.
- Martin-Zurro A, Kloppe P, Forés D. Sobre el futuro de las actualizaciones y la página web del PAPPs. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 2:1. Disponible en: también www.papps.org
- Network-Tuffh. Disponible en: www.the-networktuffh.org
- Chambers LW. Integración del cuidado primario de salud con la salud pública, 2001. Disponible en: www.the-networktuffh.org
- Wald NJ, Hackshaw AC, Frost CD. When can a risk factor used as a worthwhile screening test? *BMJ*. 1999;319:1562-5.
- Segura A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:88-95.
- Illich I. Némesis médica. Barcelona: Salvat; 1976.
- Skrabaneck P. The death of humane medicine and the rise of coercitive healthism. Suffolk: Crowley Esmonde Ltd.; 1994.
- Grup de qualitat de la CAMFIC. Malalts de salut? Barcelona: CamfiC; 2006.
- Foucault M. Nacimiento de la biopolítica. Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós; 1999. p. 210.
- Segura A. Tir na Nog. La tierra de la eterna juventud [imaginario colectivo]. *Gac Sanit*. 2007;21:267-8.
- Sánchez E. El principio de precaución: implicaciones para la salud pública. *Gac Sanit*. 2002;16:371-3.
- Gérvás J, Segura A. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2006. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio en la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39:319-22.
- Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis J, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999;13:218-25.
- Department of Health. Shifting the balance of power: the next steps. London: HMWSO; 2002.
- Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass; 2003.
- Lasker RD. Medicine and public health, the power of collaboration. New York: The New York Academy of Medicine; 1997.
- Griffiths S, Haslam D. Putting public health practice into primary health practice. Practical implications of implementing the changes in Shifting the balance of power in England. *J Public Health Med*. 2002;24:243-5.
- Jansa JM, Cayla A, Ferer M, et al. An outbreak of Legionnaires' disease in an inner city district: importance of the first 24 hours in the investigation. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002; 6:83-8.
- Anónimo. La nova governança del sistema públic de salut a Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2006 [citado 15 jul 2007]. Disponible en: www10gencat.net/catsalut/
- Hart JT. Inverse and positive care laws. *Br J Gen Pract*. 2004;54:890.
- Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, Zara Yanhi C. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 2005;35:122-7.
- Illife S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community: oriented primary care model. *Int J Health Serv*. 2003;33:85-98.
- Fotaki M. Can directors of public health implement the new public health agenda in primary care? A case study of primary care trusts in the North West of England. *Policy Politics*. 2007;35:311-35.