

La salud pública y las políticas de salud

Andreu Segura Benedicto

Introducción

En España en la actualidad, se habla bastante de la salud y la sanidad, aunque cuando se produce el debate público acostumbra a referirse a cuestiones de carácter organizativo, como si es suficiente o no la financiación, o si la provisión de los servicios sanitarios, básicamente, asistenciales debe ser pública o privada. Ello ocurre cuando se plantean propuestas globales de reforma, como pasó con la llamada Comisión Abril, en 1991, o, más recientemente, cuando se proponen medidas específicas, ya sea el célebre «medicamentazo» o la reconversión de los centros sanitarios en fundaciones. Pero ni el impacto en la salud de las personas y las comunidades, ni tampoco los contenidos en los que deberían consistir las intervenciones sanitarias para mejorar la salud de la población son objeto frecuente de análisis y debate.

Tampoco es que los medios profesionales y académicos vayan mucho más allá, y llama la atención que las revistas científicas españolas más prestigiosas en el ámbito de la salud y la medicina –aquellas que están incluidas en el Science Citation Index– rara vez abordan temas de política sanitaria o de salud, lo que contrasta con el comportamiento de sus homónimas británicas o estadounidenses. En efecto, el British Medical Journal (BMJ) o The Lancet, entre las inglesas, y el Journal of the American Medical Association (JAMA) o incluso The New England Journal of Medicine se muestran mucho más sensibles a este tipo de cuestiones.

Ni siquiera las revistas españolas específicamente dedicadas a la Salud Pública y a la Administración Sanitaria son particularmente proclives a la discusión abierta y sistemática de las posibles alternativas en el campo de las políticas de salud. Tal vez pueda considerarse una excepción el informe bianual que la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) viene publicando regularmente desde 1994⁽¹⁻³⁾.

Seguramente, las causas de este aparente desinterés son múltiples, pero tal vez lo más importante sea que la capacidad de producir salud de nuestro modelo sanitario se considere adecuada, de la misma manera que a los soldados en tiempos de paz el valor se les supone.

En consecuencia, las críticas globales más o menos radicales resultarían, en un sentido literal, impertinentes.

Sin embargo, existen indicios suficientes sobre los déficits del planteamiento sanitario de la denominada civilización occidental, que es, sin duda, actualmente hegemónico en nuestro mundo, como para que, al menos, se intenten proponer alternativas, más o menos radicales. Indicios que tienen que ver con el incremento preocupante de la iatrogenia que provocan los servicios sanitarios mismos y, de otro lado, con la incapacidad de comprender y de reaccionar adecuadamente frente a los riesgos que para la salud suponen los factores ambientales.

De ahí que quizás resulte de interés una visión más global, basada en la salud como eje vertebrador de las políticas sanitarias y fruto de la experiencia profesional en el ejercicio de la Salud Pública en una institución que, como el Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, comparte la naturaleza académica con la de la administración sanitaria, de manera que dispone de una perspectiva única, puesto que disfruta de una cierta distancia de los problemas cotidianos pero sin que esté demasiado alejada de la realidad de tales problemas ⁽⁴⁾.

Los límites de Panacea

Los servicios sanitarios contemporáneos, al menos en los países llamados desarrollados, se caracterizan por un incremento, espectacular y persistente, de los recursos dedicados a diversos aspectos relativos la salud de las personas. Este aumento, ha sido consecuencia de la asunción de que la salud es un bien de los individuos que merece protección pública, de forma que la administración se responsabiliza de ella, sea mediante un modelo de Seguridad Social de amplísima cobertura, como ocurre en Francia o en Alemania, bien a partir de instituciones sanitarias públicas que proporcionan a todos los ciudadanos una cobertura sanitaria general, como ha ocurrido desde hace décadas en Escandinavia, el Reino Unido o recientemente en España.

La percepción de los ciudadanos sobre las posibilidades de las ciencias de la salud, básicamente la Medicina, ha tenido también una

influencia directa sobre esta situación, ya que al aumentar sus expectativas se han aumentado también sus demandas de intervención sanitaria, las cuales se han ido satisfaciendo gracias al desarrollo de los servicios sanitarios públicos que, a su vez, constituyen un elemento motor del crecimiento del sector, puesto que suponen posibilidades de trabajo para quienes se dedican profesionalmente a ellos, de donde ganan influencia sobre la distribución de los recursos generales, influencia que cada vez es mayor también para la potente industria sanitaria que se ha ido desarrollando al ofrecer un estímulo para el beneficio mercantil.

En suma, todos los intereses en liza han ido convergiendo en un modelo basado en la continuada expansión de los servicios, productos e intervenciones que se pueden ofrecer, lo que es perfectamente coherente con el tipo de organización social predominante, en la que uno de los principales valores es el del consumo.

No obstante, el modelo no parece capaz de satisfacer todas las necesidades percibidas ni expresadas. Por un lado, como consecuencia del progresivo envejecimiento de las poblaciones, de forma que disminuye la proporción de población productiva, capaz de generar riqueza al conjunto de la sociedad e, incluso, de mantener una capacidad adquisitiva personal y familiar suficiente como para asumir de forma privada, algunos consumos sanitarios. A la vez, se incrementan las necesidades de atención sanitaria, por razones biológicas difíciles de neutralizar, y, sobre todo, como consecuencia del modelo de prestación de servicios sanitarios incapaz de proporcionar una atención adecuada a las personas que padecen enfermedades incurables, las cuales constituyen sino la mayoría, si una buena parte de los problemas de salud con los que nos enfrentamos.

No debemos olvidar, tampoco, que buena parte de la atención a las necesidades de cuidados de la población anciana y de las personas que con independencia de su edad sufren incapacidades importantes se ha venido resolviendo, tradicionalmente, con el recurso a las redes sociales de la comunidad, básicamente la familia y los vecinos. Pero como consecuencia de la transformación experimentada por la familia y, en general, por la organización de las colectividades, el apoyo social voluntario se ve dificultado lo que comporta una mayor demanda de atención formal, a pesar de que en

muchas ocasiones resulte insatisfactoria para la calidad de vida de los incapacitados.

Tanto la insuficiencia potencial del sistema sanitario para resolver los problemas de salud incurables, como la creciente demanda de atención socio-sanitaria lleva a propuestas de alternativas al estado del bienestar basadas en la limitación de las prestaciones sanitarias y sociales a cargo del erario público. Lo cual se justifica por la eventual imposibilidad de sostenibilidad económica.

Pero raras veces se tienen en cuenta los límites de un modelo sanitario como el que tenemos en relación con su capacidad efectiva de producir salud en la población. Hasta hace relativamente poco ni siquiera se consideraba cuestionar el origen de la cada vez mayor cantidad de efectos adversos que sobre la salud de los consumidores de los servicios sanitarios se producen. Pero el caso es que, aunque nos cueste aceptarlo, las intervenciones sanitarias no siempre resultan benéficas para la salud. Pueden ser inútiles y hasta perjudiciales ⁽⁵⁻⁷⁾. Lamentablemente el desarrollo de los métodos de evaluación del impacto de las intervenciones sanitarias es mucho más lento que la creación de nuevas intervenciones y tratamientos.

Para acabar de complicar la situación resulta, además, que los servicios sanitarios han crecido de forma desproporcionada, de manera que los que se dirigen a los individuos son los que han experimentado un mayor crecimiento, aunque se sepa que la influencia de los factores extrasanitarios sobre la salud es más intensa y determinante. En cambio los servicios sanitarios colectivos, que tienen como objeto la promoción y la protección de la salud de las comunidades han sufrido un notable deterioro, al menos si los consideramos institucionalmente.

Así, frente a los riesgos colectivos para la salud que, independientemente del peligro real que comportan, despiertan mayor preocupación e inquietud entre los ciudadanos, no disponemos de instituciones de Salud Pública, capaces de proporcionar una respuesta adecuada. Tales riesgos se refieren a los peligros potenciales de la contaminación atmosférica, de las radiaciones electromagnéticas, de la contaminación de los alimentos, etc., y, también, a la presentación de brotes epidémicos, sean de naturaleza biológica o no.

Los antiguos servicios de Salud Pública que conocieron su apogeo en el acmé del movi-

miento higienista han ido perdiendo competencias a favor de otros estamentos de la administración, como pueden ser los departamentos de Medio Ambiente, los de Industria, Agricultura, Urbanismo, etc.

Sanidad (pública) y Salud Pública

Cuando nos ocupamos de la organización de las intervenciones relativas a la mejora de la salud de las personas y de las poblaciones se acostumbra a producir una confusión entre dos términos que, al menos en la práctica, tienen significados distintos. Se trata de la Sanidad y de la Salud Pública. A menudo se considera que la Salud Pública es el conjunto de los servicios sanitarios financiados públicamente, tal vez porque el adjetivo parece referirse a la titularidad de los recursos empleados. Aunque también, como es el caso, pueda calificar el ámbito al que se dirige, el público, esto es el comunitario. Por ello resulta más claro utilizar el término Sanidad para denominar todas las funciones y actividades que en el seno de la sociedad se llevan a cabo con el propósito declarado de influir benéficamente en el desarrollo de la salud, tanto si se trata de intervenciones de carácter público como privado, ahora en cualquiera de los sentidos del adjetivo.

Si atendemos a la fuente de financiación de estas actividades podemos distinguir una sanidad pública y una sanidad privada. Los elementos más característicos de la sanidad son los servicios sanitarios que se pueden proporcionar a la población de distintas formas, según el tipo de función sanitaria que desarrollen. Así, nos encontramos con servicios sanitarios asistenciales, que se caracterizan básicamente porque proporcionan una atención individualizada a las personas y con servicios comunitarios que llevan a cabo intervenciones y actividades dirigidas a grupos de la población o a comunidades enteras.

La sanidad pública dispone de dispositivos asistenciales y comunitarios. La sanidad privada también, pero por razones de demanda y de interés económico, la mayoría de los servicios que presta la sanidad privada son de carácter

asistencial. Los dispositivos de carácter comunitario, cuyo ámbito de actuación es el de la comunidad, son los que tradicionalmente constituyen la Salud Pública. Las intervenciones de Salud Pública, pues, son básicamente poblacionales y consisten fundamentalmente en intervenciones de protección y de promoción de la salud.

Las causas de la confusión terminológica a la que me refería unas líneas más arriba probablemente se deben, en gran parte, a los distintos significados de la palabra público, pero es posible que también reflejen algunas razones históricas. La Salud Pública ha compartido durante muchos años los mismos recursos materiales, personales y financieros que la llamada beneficencia, que era la única prestación sanitaria asistencial que los estados prestaban a sus ciudadanos. Muchos de los profesionales sanitarios con los que ha contado hasta ahora la Salud Pública –y en muchas comunidades siguen en activo– son los funcionarios sanitarios locales, los médicos y los practicantes de asistencia pública domiciliaria (APD), los farmacéuticos titulares y los veterinarios titulares. Desde los años sesenta los médicos y practicantes –luego enfermeros y ahora diplomados universitarios de enfermería– fueron cooptados por la Seguridad Social, de manera que compatibilizaban el ejercicio de sus funciones de Salud Pública con las de la asistencia de beneficencia y con las derivadas de la Seguridad Social.

Esta coincidencia de los mismos profesionales en el desempeño de funciones sanitarias

distintas puede ser, pues, una de las causas de la confusión. Cabe decir que en muchos países anglófonos, sobre todo aquellos que no cuentan con una sanidad pública de ámbito universal, disponen de una Seguridad Social cuya cobertura es relativamente reducida, los servicios de la Salud Pública acostumbran a incluir algunas intervenciones de carácter asistencial.

Tales confusiones tienen consecuencias más allá de las eventuales imprecisiones semánticas, puesto que tanto para la mayoría de la población como incluso en los medios políticos en los que se deben tomar decisiones, las peculiaridades de la perspectiva de Salud Pública a la hora de afrontar los problemas de salud de las comunidades se diluyen tanto que prácticamente nadie las tiene en cuenta como base de la sanidad.

Las funciones de la Sanidad

Cualesquiera de las actividades sanitarias puede clasificarse, según su propósito en relación con la salud de las personas y de las poblaciones, en una de las tres categorías siguientes: la Promoción, la Protección y la Restauración de la Salud (véase el cuadro 1).

La promoción de la salud, de acuerdo con la carta de Ottawa ⁽⁸⁾ pretende aumentar la salud de la población y de las personas, y por ello se

Cuadro 1
Áreas funcionales de la Sanidad en relación con la Salud

| <i>Función</i> | <i>Dimensión</i> | <i>Intervenciones (ejemplos)</i> |
|--------------------------|-------------------------|--|
| Promoción de la salud | Colectiva Individual | Políticas de Salud Consejos saludables |
| Protección de la salud | Colectiva Individual | Saneamiento Alimentación segura Prevención (Primaria, Secundaria y Terciaria) |
| Restauración de la salud | Colectiva Individual | Políticas de servicios asistenciales Atención primaria Atención especializada |

Fuente: Elaboración propia.

remite a la definición de salud en su sentido positivo, esto es, más allá que la mera ausencia de enfermedad o de alteraciones. Para conseguir su propósito, las intervenciones de promoción de la salud deberían, pues, incrementar el bienestar físico, psíquico y social –de acuerdo con la definición de salud de la OMS– o bien la autonomía, la solidaridad y el disfrute de la vida –según la definición del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. No obstante, en la práctica las actividades de promoción de la salud acostumbran a consistir en lo que se denomina prevención primordial, reducir la exposición a factores de riesgo, particularmente aquellos que tienen que ver con los denominados estilos de vida.

La protección de la salud tiene como objetivo evitar la aparición de enfermedades, de manera que, en lenguaje llano, sería un sinónimo de la prevención. Sin embargo, se acostumbra a interpretar que la protección consiste exclusivamente en las actividades colectivas que reducen o eliminan los factores de riesgo para la salud de carácter ambiental, de forma que se confunde con el saneamiento. Esta limitación del significado del término protección tiene poco sentido y, todavía más, que su interpretación en sentido lato aumentaría las posibilidades legales de intervención de las administraciones locales en España, de acuerdo con la distribución de competencias establecida legalmente.

La última de las funciones de la sanidad es la restauración de la salud, aunque precisamente fue la primera que apareció en la historia y la que, sobre todo a partir del establecimiento del estado del bienestar o de la Seguridad Social, ha alcanzado el mayor grado de desarrollo. La función restauradora abarca la curación, el cuidado y la rehabilitación de los enfermos y se debe proporcionar a las personas que la requieren.

Estas tres funciones son, pues, el núcleo sobre el que se deberían diseñar las políticas de salud. El peso específico de cada una de ellas en el conjunto de la sanidad es muy distinto y aunque sea conveniente que la función de restauración de la salud consuma más recursos que las otras, la verdad es que la importancia relativa de cada una de las tres funciones es, en la actualidad, desproporcionada, de manera que tanto la promoción como la protección de la salud quedan muy por detrás de las funciones curativas, de atención y rehabilitación de los

pacientes, en la expresión real de las políticas de salud.

Política(s) de salud ¿qué es lo que espera la población?

Cuando se habla de políticas de salud, conviene distinguir las políticas explícitas de las implícitas, porque a menudo las políticas explícitas acostumbran a tener una excesiva dimensión retórica, de manera que las promulgaciones formales pueden resultar muy alejadas de lo que ocurre en realidad.

En los últimos veinte años, en nuestro país hemos asistido a un resurgimiento, al menos aparente, de la planificación sanitaria, producto, entre otras razones, de dos circunstancias. De un lado la influencia de la «Estrategia de Salud para Todos» de la OMS y del otro de la temprana transferencia de las competencias de planificación sanitaria a las diecisiete comunidades autónomas que configuran el Estado Español.

Ambas han tenido lugar a finales de los setenta, en pleno proceso de transición política, de manera que se han alimentado mutuamente. La estrategia salud para todos ha servido como una referencia poco discutible, debido a su origen, y ha podido emplearse como coartada para generar una política explícita propia. Las comunidades autónomas han dispuesto de un instrumento que, al menos sobre el papel, les ha permitido fijarse objetivos y, en algunas ocasiones incluso establecer, también sobre el papel, prioridades de intervención que, como es sabido, son el meollo de cualquier política.

Los planes de salud, pues, han sido el elemento central en el diseño de las políticas explícitas de salud. Lamentablemente su operatividad ha sido irregular y, en la mayoría de ocasiones, escasa. Incluso aquellas comunidades autónomas que han prestado más atención a la planificación como es el caso de Cataluña, donde se han publicado dos ediciones del plan de salud y se ha procedido a una evaluación de la situación, las limitaciones de las políticas explícitas son evidentes.

Entre estas limitaciones cabe destacar el poco interés que han suscitado en los propios

parlamentos autonómicos, en los que los debates sanitarios han seguido la tónica que exponía al principio, por lo que los objetivos de salud comprometidos en los planes no han servido como una auténtica agenda política. Además, hay que señalar que puestos a asumir compromisos se han formulado demasiados objetivos como para que su evaluación y seguimiento pudiera alcanzar un protagonismo eficaz y trascender a la opinión pública de forma comprensible.

Pero también se debe tener en cuenta que, en general, no se han elaborado planes de servicios que desarrollaran el plan de salud. Sin un diseño organizativo con la correspondiente asignación de recursos y la modificación, en su caso, de los dispositivos existentes, la trascendencia práctica de la planificación se reduce a una influencia cultural que, sin ser rechazable ni, desde luego negativa, puede resultar insuficiente. Baste señalar que solo hasta muy recientemente no se ha elaborado el Plan de servicios sanitarios en Cataluña.

Sin embargo, la población ha sido hasta el momento bastante ajena a estos planteamientos. Probablemente porque, aunque sus expectativas puedan coincidir con lo que se espera de las tres funciones de la sanidad, está mucho más interesada en recibir atención médica cuando considera que la necesita. Y aunque, en ge-

neral, se pueda valorar como positivo que desde los centros de atención primaria se lleven a cabo intervenciones preventivas e incluso actividades de promoción de la salud, al llevarse a cabo de forma medicalizada cuesta distinguirlas de las actividades asistenciales tradicionales. En este sentido conviene tener presente que las intervenciones preventivas integradas en los servicios asistenciales adolecen de notables riesgos ⁽⁹⁾ como muestra el cuadro 2.

Si nos fijamos en las políticas implícitas, lo que está ocurriendo es que el modelo asistencial propio del estado del bienestar se ha seguido desarrollando, probablemente porque es lo que resulta más conveniente a los intereses de los grupos dominantes, ya sean los más directamente implicados, como la potente industria sanitaria –farmacéutica y de equipamientos– las burocracias sanitarias y las compañías aseguradoras, las organizaciones de proveedores de servicios, públicas y privadas y los mismos profesionales. Todo ello gracias al motor que supone la existencia de un sistema nacional de salud de cobertura universal que facilita el consumo de bienes y servicios sanitarios.

Naturalmente todo ello es absolutamente coherente con el modelo de sociedad que tenemos, en el que el consumo parece ser la característica básica de cualquier iniciativa que pretenda hacerse un lugar al sol. Porque así se da juego a

Cuadro 2 **Efectos adversos potenciales de las actividades preventivas integradas en la atención sanitaria**

- Falsa sensación de seguridad, cuando los resultados del diagnóstico precoz son falsamente negativos.
- Efectos colaterales y secundarios de las pruebas diagnósticas de confirmación, en su caso, y de los tratamientos, cuando se administran fármacos o se instauran tratamientos quirúrgicos y de otro tipo.
- Efecto etiqueta, cuando se considera como enfermo a quien simplemente está expuesto a uno o varios factores de riesgo, o cuando la sospecha diagnóstica es errónea, en el caso de los falsos positivos.
- «Culpabilización de la víctima», cuando se produce un juicio moral, explícito o tácito, de las conductas personales.
- Medicalización y pérdida de autonomía, cuando se incrementa la independencia, por parte de la población, de los servicios sanitarios.

(Todos ellos pueden producirse de forma simultánea)

Fuente: Segura A. De la revolución de la higiene a la Medicina Preventiva. Historia y Vida, Extra 90. Barcelona, octubre 1998: 57-75.

los sectores de la economía llamada productiva. No resulta extraño pues, que tanto desde las industrias de salud, como desde los medios de comunicación se de una coincidencia en alentar y promover el consumo de bienes y servicios sanitarios.

Todo ello podría resultar positivo si la salud de la población fuera mayor cuanto más consumo sanitario se produjera. Pero la cosa no es tan simple. Porque, a diferencia de otros ámbitos, en el de la salud el consumo de bienes y servicios debe ser pertinente para que produzca resultados positivos. De lo contrario no sólo puede resultar inútil sino que puede producir efectos adversos sobre la salud.

Por ello resulta tan importante que las políticas de salud y sanitarias se planteen en base a la efectividad y la seguridad de las intervenciones. Es decir, según los resultados que producen en términos de salud. En este sentido, cabe atender a los determinantes extrasanitarios mediante políticas de protección y de promoción de la salud globales, que afecten a los distintos sectores implicados y, también, debe asegurarse que las intervenciones sanitarias no generen consecuencias indeseables.

El ámbito de la población

Las comunidades son algo más y distinto que la mera suma de los individuos que las conformamos. Esta constatación de la sociología moderna, la debemos, entre otros, a Durkheim, quien en 1895 señaló que «así como las propiedades del agua no se pueden determinar a partir de las propiedades del oxígeno y del hidrógeno, las de la comunidad no se pueden predecir a partir de las características de las personas que las componen» ⁽¹⁰⁾. También en el terreno de la salud vale esta consideración, de manera que se puede hablar de la salud de la comunidad como algo substantivo, incluso más allá del reconocimiento bien establecido de que la salud de las personas está determinada por factores sociales y por otras causas que actúan en el ámbito de las poblaciones como el entorno geográfico. Así, por ejemplo, la vulnerabilidad de las personas a determinadas infecciones no depende sólo del estado inmunitario del individuo en cuestión sino también de la situación inmunitaria de la comunidad en la

que vive. Por encima de un determinado porcentaje de población inmune en el conjunto, la probabilidad de contagio es prácticamente nula. Este fenómeno, que se denomina inmunidad de grupo, tiene una gran importancia práctica cuando se pretende prevenir o controlar epidemias. En el mismo sentido podríamos considerar la distribución de ciertos alelos en el acervo genético de la población a la que pertenece una persona determinada.

Las enormes diferencias en las concentraciones séricas de colesterol entre las poblaciones de Finlandia y de Japón refleja la variabilidad de las condiciones económicas y culturales de ambos países. De la misma manera, el estudio de más de diez mil personas de cincuenta y dos poblaciones, mostró unas oscilaciones de la prevalencia de hipertensión arterial entre el 0% de los yanomanis, hasta el 33% de los afroamericanos del Mississippi. De acuerdo con Rose «la explicación de estas grandes diferencias no será aportada por las investigaciones que pretenden averiguar porqué algunas personas tienen la tensión arterial más alta que otras –lo cual es, por cierto, el objetivo principal de la mayoría de las investigaciones sobre las causas de la hipertensión que se llevan a cabo en la actualidad– porque tales diferencias reflejan las características de las poblaciones y no las de los individuos» ⁽¹¹⁾.

El papel de la Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud

En las circunstancias actuales las competencias formales de Salud Pública en España corresponden a las comunidades autónomas y, en materia de protección de la salud, con carácter concurrente a las administraciones locales.

Por ello un planteamiento de política de Salud Pública en el ámbito del Estado debería abarcar, al menos, dos vertientes distintas. De un lado, un replanteamiento de la sanidad que, entre otras cosas, sería el marco para el papel que la Salud Pública, como el resto de servicios sanitarios, debería desarrollar. En este sentido caben modificaciones conceptuales que tendrían consecuencias estratégicas. Entre

ellas, el desarrollo de una institución que operara como autoridad sanitaria responsable de la salud —no sólo de los servicios sanitarios— de los ciudadanos en las circunscripciones territoriales, que bien pudieran ser las actuales Áreas de Salud contempladas en la Ley General de Sanidad.

La existencia de esta institución, a la manera de las *Health Authorities* en el Reino Unido, comportaría la posibilidad de redefinir las funciones y competencias de los órganos de la administración, incluso de forma distinta a la que está vigente en la actualidad. Sin embargo, plantear modificaciones competenciales en Salud Pública antes de introducir esta nueva figura provocaría el rechazo de las fuerzas políticas nacionalistas.

Esta autoridad, pues, no sólo debería responsabilizarse de los servicios sanitarios, incluidos los de Salud Pública, sino también de las intervenciones multisectoriales relacionadas con la mejora de la salud de la población que requieren actividades ajenas al sector sanitario. Sobre el papel no parece demasiado difícil obtener el consenso de las fuerzas políticas, puesto que tanto las circunstancias legales como los planteamientos técnicos permiten este planteamiento, que, en esencia, solo es un paso más en la dirección que marca la Constitución y la propia Ley General de Sanidad. Sin embargo, hasta ahora, la responsabilidad sobre la salud de la población y la responsabilidad sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios están separadas.

En este nuevo marco, el ejercicio de la responsabilidad sobre la salud de la población de cada territorio, reclamaría la existencia de un sistema de información sanitaria que, a la vez de monitorizar la situación de salud de la población de cada una de las Áreas Sanitarias, permitiera la práctica de análisis y de comparaciones que pudieran ser empleadas en el proceso de distribución de recursos y, por lo tanto, en la financiación de los servicios de salud de cada una de las comunidades autónomas.

Todo ello conduciría a la creación de un organismo de la administración sanitaria compuesto por representantes de las administraciones responsables de la salud de la población, a la manera del Consejo Interterritorial de Salud, pero cuya función básica sería la comparación de los indicadores de salud de todas las comunidades autónomas, que incluirían, no sólo la

evolución de los problemas de salud, sino también de sus determinantes y de los resultados de las intervenciones sanitarias, tanto asistenciales como de salud pública, así como de los recursos dedicados a la salud.

La tarea de elaboración de la información podría llevarse a cabo de distintas formas, bien desde una agencia de información sanitaria financiada por las diversas administraciones pero con cierta autonomía frente a ellas, bien con la cooperación de instituciones de investigación o académicas.

Naturalmente los aspectos de validez, el grado de exactitud y de precisión de los indicadores, deberían ser objeto de un procedimiento con las máximas garantías de calidad y de independencia.

De otro lado sería necesario establecer un acuerdo sobre los indicadores mínimos que deberían elaborarse para proceder a los análisis de las diferencias en salud y en la efectividad, eficiencia y seguridad de las intervenciones sanitarias llevadas a cabo en cada una de las comunidades autónomas.

Este proceso comportaría, en la práctica, el establecimiento de los criterios básicos para el funcionamiento de la sanidad en cada territorio, de manera que se incentivaran realmente aquellas intervenciones que tienen un impacto positivo en la salud de la población, en la disminución de la inequidades de carácter geográfico, social, de género, etc. pero sin olvidar el estímulo directo a la efectividad, por encima de cualquier influencia perversa que promocionara la ineficiencia en la utilización de los recursos.

Puede ser discutible si el desarrollo de esta función compete a los servicios de Salud Pública, al menos como han existido hasta ahora. Pero no cabe duda de que deben existir instituciones que los lleven a cabo.

La otra vertiente a desarrollar es la que afecta directamente a los servicios actuales de Salud Pública, los cuales, como es sabido dependen políticamente de las comunidades autónomas y en la práctica están organizados con una cierta variabilidad ⁽¹²⁾. Las diferencias organizativas más importantes son las que corresponden a las comunidades de Andalucía y de Valencia. En la comunidad andaluza muchas de las funciones tradicionales de la Salud Pública se han integrado en la red del Servicio Andaluz de la Salud, de forma que las áreas de Salud y las áreas básicas comparten las responsabilidades asistencia-

les y comunitarias. Sin embargo, el impacto de este modelo no ha sido, que se sepa, evaluado, de forma que no puede descartarse que en la práctica las funciones de salud pública hayan quedado relegadas frente a las asistenciales y, en cierta forma, substituidas por las intervenciones de prevención clínica. El otro modelo extremo es el del Servei Valencià de Salut, en el que se han creado unidades territoriales de Salud Pública, distintas de las antiguas Jefaturas provinciales de Sanidad. Aunque tampoco este modelo es objeto de una evaluación profunda, sobre todo en relación con el impacto que tiene sobre la salud de la población, sí que permite conocer la magnitud de los recursos empleados y las actividades que se llevan a cabo y que, en esencia, tienen que ver con la protección de la salud, particularmente con el control de factores ambientales y alimentarios.

El resto de comunidades autónomas tienen fórmulas organizativas más o menos híbridas, aunque el común denominador de todas ellas sea la desproporción entre el sector asistencial y el de la Salud Pública, a favor del primero y la poca coordinación entre los dos sectores que resultaría más explicable en los casos en los que no se ha producido la transferencia de las competencias asistenciales sanitarias de la Seguridad Social, como ocurre en las diez comunidades autónomas en las que sigue existiendo el INSALUD como proveedor de servicios asistenciales. No obstante, la separación funcional entre uno y otro sector también se produce en comunidades autónomas con los servicios asistenciales procedentes del INSALUD transferidos.

Básicamente las actividades que llevan a cabo los servicios de salud pública cuando existen formalmente se reducen a funciones de protección y de promoción de la salud de carácter comunitario y, en algunos casos, a actividades de carácter asistencial en cuestiones específicas como puede ser el caso del control de la drogadicción.

Aunque se dan algunas diferencias en las competencias ejercidas directamente por los servicios de Salud Pública según la comunidad autónoma de que se trate, básicamente relacionadas con funciones y competencias que afectan a otros departamentos autonómicos ajenos a Sanidad, como ocurre en el caso de los departamentos de Medio Ambiente y de Agricultura y, en menor medida, en otros (Trabajo,

Industria, Educación, etc.) las actividades consisten en la vigilancia, más o menos activa, de la presentación de problemas de salud susceptibles de devenir en brotes epidémicos, así como en la inspección de determinadas instalaciones y productos. También se llevan a cabo actividades de información y educación sanitaria, generalmente en formas de campañas publicitarias y en algunos casos de programas, más o menos estructurados sobre problemas específicos, algunos de ellos de forma cooperativa con el sector asistencial.

El grueso de las actividades de los servicios de Salud Pública pues, consisten en la gestión de subsistemas de información sanitaria, entre los cuales destaca el subsistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria; en la supervisión y a veces en la gestión directa, de las actividades de control de brotes epidémicos y de situaciones de peligro potencial de epidemias (como es el caso de las eventuales exposiciones a alimentos contaminados) y en la práctica de inspecciones rutinarias, básicamente en el ámbito de los alimentos y del agua de abastecimiento público. La policía sanitaria mortuoria, el control de animales domésticos y, en algunos casos, algún tipo de contaminación ambiental como la acústica siguen siendo responsabilidad formal de las autoridades sanitarias y constituyen buena parte de las competencias locales, concurrentes, en protección de la salud. Sin embargo, en muchas comunidades autónomas la vigilancia y el control del medio han sido desagregadas y transferidas a otros departamentos: cómo ocurre con la contaminación atmosférica, aguas de esparcimiento, residuos, etc.

No se trata de intentar forzar la recuperación de competencias que han dejado de pertenecer a los servicios de Salud Pública, porque su ubicación en otros sectores tiene considerables ventajas. Sin embargo, sí que conviene que todas las competencias que se refieren a la salud de las poblaciones tengan un hilo conductor que las dote de coherencia, de manera que resulten útiles para la promoción y la protección de la salud. Probablemente ello requiera que la Salud Pública adopte un papel efectivamente coordinador, para lo que se necesita ejercer algún tipo de liderazgo.

Poco a poco va ganando adeptos la idea de que se necesitan instituciones capaces de valorar razonablemente los riesgos que para la

salud suponen muchos factores de origen ambiental, como la contaminación atmosférica, las radiaciones electromagnéticas o la composición de los alimentos. Las reacciones frente a situaciones como la epidemia de encefalopatía espongiforme bovina –las vacas locas– o el episodio de la contaminación por dioxinas de pollos y otros animales de consumo humano son ilustrativas.

Aunque la comunicación del riesgo exija, para que resulte útil, una credibilidad por parte de las instituciones que la administración sanitaria no acostumbra a merecer, unos servicios profesionalizados de Salud Pública podrían contribuir a racionalizar la respuesta social a estos nuevos y cada vez mayores retos, de forma que la sociedad pueda formarse sus propios criterios para actuar en consecuencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEGURA A. (ed.) (1993): *Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG editores.
2. NAVARRO C., CABASÉS J.M., TORMO M.J. (eds) (1995): «La salud y el sistema sanitario en España» en el *Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG editores.
3. CATALÁ F, DE MANUEL E (eds.) *Informe SESPAS* (1998): «La salud pública y el futuro del estado del bienestar». Granada: EASP.
4. SEGURA A. (1996): «L'informe Welch-Rose, les escoles de Salut Pública i l'Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya». *Quinzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Llibre de ponències*. Lleida, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 269-80.
5. BATES D.W., CULLEN D., LAIRD N., PETERSEN L., SMALL S., SERVI D., et al. (1995): «Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention». *JAMA*; 274: 29-34.
6. BRENNAN T.A., LEAPE LL., LAIRD N.M., HEBERT L., LOCALIO A.R., LAWTHERS A.G., et al. (1991): «Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients», results of the *Harvard Medical Practice Study I*. *N Engl J Med*; 324: 370-6.
7. BERWICK D.M., LEAPE LL. (1999): «Reducing errors in medicine. It's time to take this more seriously». *BMJ*; 319: 136-7.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
9. SEGURA A. (1998): «De la revolución de la higiene a la medicina preventiva». *Historia y Vida; Número extra 90. La medicina del siglo XX*: 57-75.
10. DURKHEIM E. (1986): *Las reglas del método sociológico*. Barcelona: Orbis.
11. ROSE G. (1994): *La estrategia de la Medicina Preventiva*. Barcelona: Masson/Salvat; 57-60.
12. SEGURA A., VILLALBÍ J.R., MATA E., DE LA PUENTE M.LL., RAMIS-JUAN O., TRESSERRAS R. (1999): «Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante». *Gac Sanit*; 13 (3): 218-25.