

15c
Cap 2

COLECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA

Dirigida por el doctor
EDUARD PORTELLA

*Con la colaboración de la
Dirección General de Planificación Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo*

EN LA MISMA COLECCIÓN

LA PLANIFICACIÓN SANITARIA: CONCEPTOS,
MÉTODOS, ESTRATEGIAS, por R. Pineault y C. Daveluy.

EL CONTROL DE CALIDAD
EN LOS SERVICIOS SANITARIOS, por H. V. Vuori.

CLASIFICACIONES DE LA WONCA
EN ATENCIÓN PRIMARIA

LA EFICACIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA:
VALIDEZ DEL JUICIO CLÍNICO,
por Barbara Starfield.

APLICACIÓN DEL ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO EN LA
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS:
EFICIENCIA Y EQUIDAD EN LA ATENCIÓN PERINATAL,
por Juan J. Artells Herrero.

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA PARA HOSPITALES,
por J. P. Peters.

LA NUEVA SALUD PÚBLICA

La experiencia de Liverpool

por

JOHN ASHTON

*Profesor Asociado del Instituto Valenciano
de Estudios en Salud Pública
Senior Lecturer en Community Health
en la Universidad de Liverj*

HOWARD SEYMOUR

*Regional Health Promotion Officer
de la Mersey Regional Health Authority
Editor de la Revista Healthy Cities*

Prefacio del Pro

Dr. Carlos ÁLVAREZ-I

*Catedrático de E.U.
Departamento de Salud Comunitaria
Universidad de Alicante*

Carmen PIERA

*Licenciada en Políticas
Grupo de Promoción de la Salud
Departamento de Salud Comunitaria
Universidad de Alicante*

Incluye el capítulo *La nueva salud pública en España*
por Carlos Álvarez-Dardet y Concha Colomer



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DPTO. DE DOCUMENTACIÓN **masson,s.a.**

BIBLIOTECA

4592



Adg. library. V. 36.00. 1994

362.1 ASHn
La nueva salud pública :
ASHTON, John
FP/004592



en su...

MASSON, S.A.
Balma, 151 - 08008 Barcelona
MASSON, S.A.
120, Bd. Saint-Germain - 75280 París Cedex 06
MASSON ITALIA EDITORI, S.p.A.
Via Statuto, 2 - 20121 Milán

Este libro está dedicado a Pam y Ellen y también a todos nuestros amigos de todo el mundo, que podrán reconocer nuestros intercambios de ideas con ellos a través de las páginas del libro.

MASSON - ASHTON
Picado: Jose Antonio - 4/12/90

Título original de la obra: THE NEW PUBLIC HEALTH

© John Ashton and Howard Seymour 1988

This edition is published by arrangement
with OPEN UNIVERSITY PRESS, Milton Keynes.

© Para la edición española: Masson, S.A., Barcelona
SG Editores S.A., Barcelona

Primera edición: julio 1990
Primera reimpresión: diciembre 1990

ISBN: 84-311-0529-1
Depósito legal: B. 38.653-1990

Printed in Spain

Impreso en España

Graffing, S.A. - Arquímedes, 18 - L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Reservados todos los derechos. Este libro no puede ser reproducido en parte o totalmente, ni memorizado en sistemas de archivo, o transmitido en cualquier forma o medio, electrónico, mecánico, fotocopia o cualquier otro sin previo y expreso permiso por escrito del editor.

2 Las bases de la nueva salud pública

Tanto en Europa como en Norteamérica pueden identificarse tres fases de actividad en la salud pública en los últimos 150 años¹. La primera de ellas comenzó en las ciudades industriales del norte de Europa, como respuesta al enorme número de muertes y enfermedades que ocurrían entre la clase trabajadora que vivía en la pobreza más miserable.

El desplazamiento de numerosas personas del campo a la ciudad, producido por el interés de los terratenientes en aprovechar la revolución agrícola, se combinó con la atracción por las ciudades en desarrollo, resultado de la revolución industrial, para producir un doble cambio, primero en el patrón poblacional y luego en el ambiente físico en el que vivían las personas.²⁻⁶

El hábitat predominante de ecología rural se rompió y fue sustituido por otro en el que una gran masa de seres humanos vivía concentrada en la miseria más absoluta.

En Liverpool, la primera ciudad en tener un jefe local de salud, el Dr. Duncan, la población del que había sido un pueblo de pescadores en 1650, aumentó a 60 000 en 1770 y a 120 000 en 1820; esta tasa de crecimiento se mantuvo durante otros 100 años. Así, la población llegó a ser alrededor de 900 000 en 1930 (figs. 2.1 y 2.2).

Duncan, quien trabajaba como médico general en el área central de Liverpool en 1830, se interesó mucho por las condiciones de las viviendas de sus pacientes y llevó a cabo una encuesta. Descubrió que un tercio de la población vivía hacinada en los sótanos de casas, con suelo de tierra, sin ventilación ni letrinas y con alrededor de 16 personas por habitación.

No era sorprendente, pues, que escribiera que «las fiebres estaban desenfrenadas», y que las epidemias de las enfermedades del hacinamiento, como tuberculosis, neumonía, tos ferina, sarampión y viruela, florecieran bajo esas condiciones. Tampoco era extraño que el cólera, que normalmente se transmite por el agua, empezara a transmitirse por contagio de persona a persona en esas condiciones de vida^{4,7} (figs. 2.3 y 2.4).

Como respuesta a esa situación, empezó a desarrollarse gradualmente un movimiento de salud pública basado en las actividades del jefe local de sani-

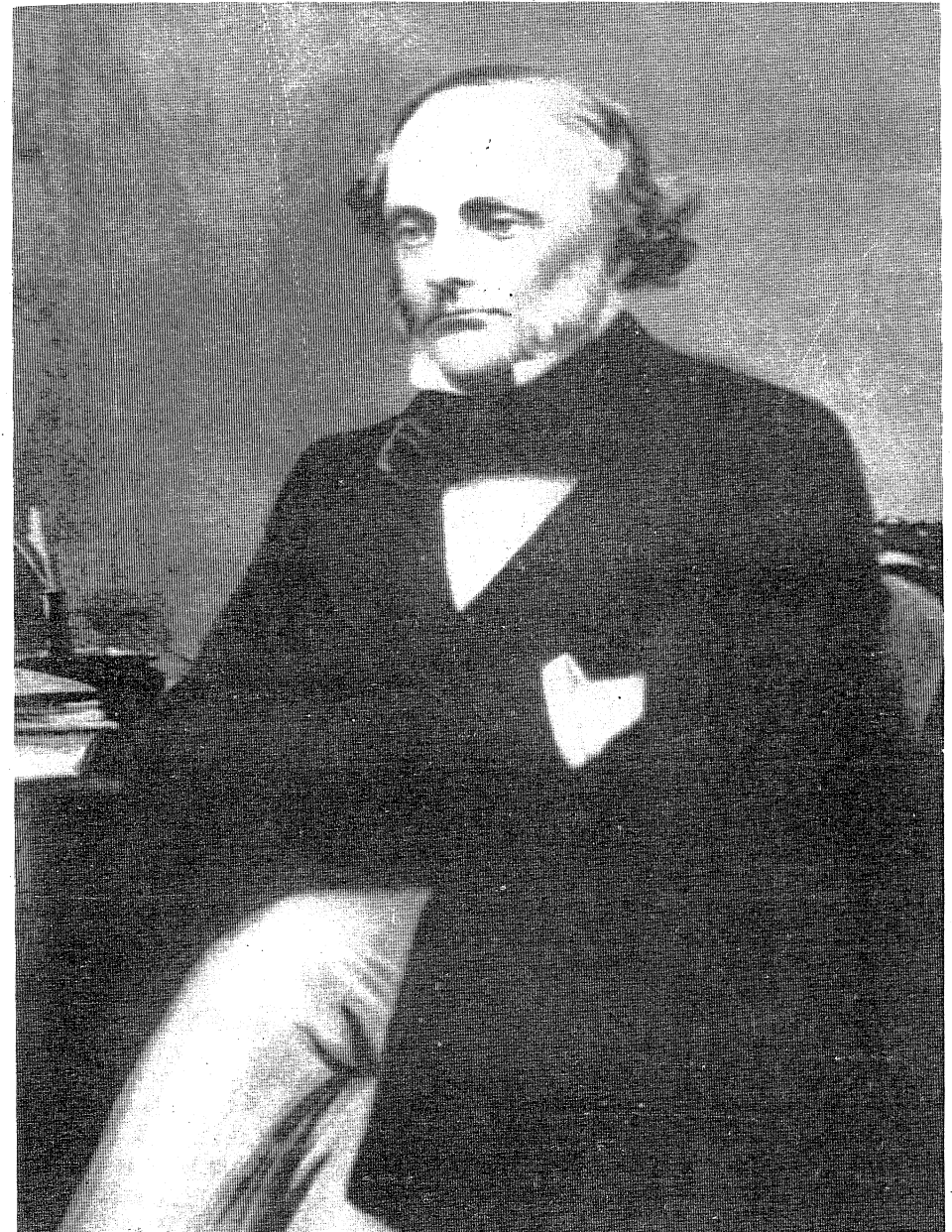


Fig. 2.1. Dr. William Henry Duncan, primer jefe local de Salud.

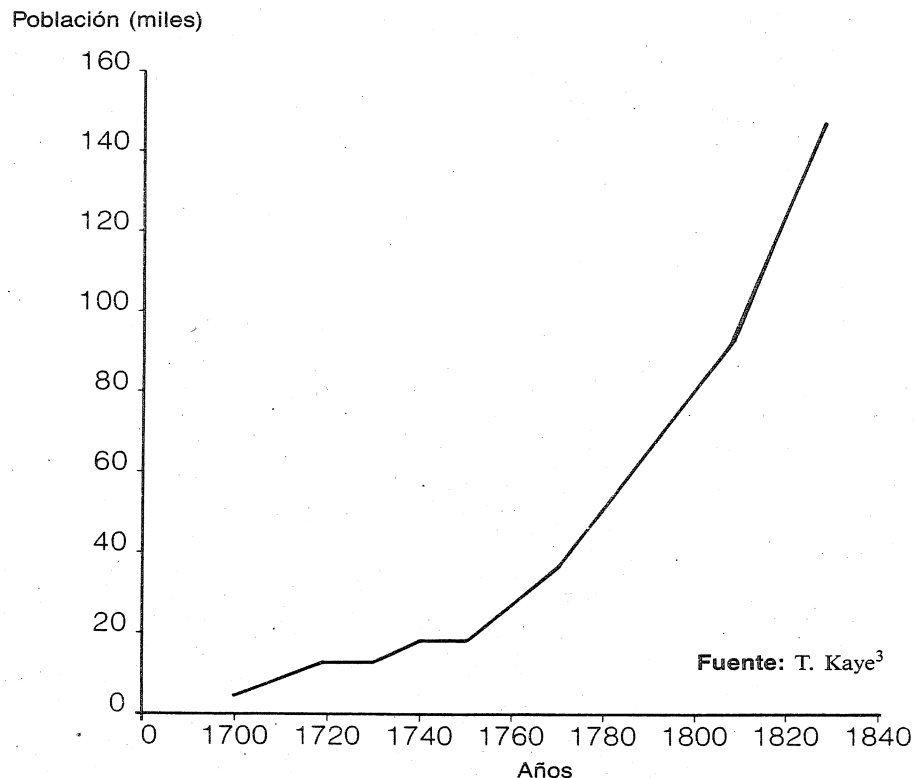


Fig. 2.2. Crecimiento de la población de Liverpool de 1700 a 1829.

dad, de los inspectores sanitarios y de su equipo, apoyados por la legislación, como el Acta Sanitaria de Liverpool de 1846 y el Acta de Salud Pública Nacional de 1848 y 1875 en Inglaterra⁷.

Este movimiento se basó en la mejora de los estándares de vivienda e higiene y en el aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros. Un ejemplo específico de estas medidas fue el establecimiento de uno de los primeros lavaderos municipales que se inauguró en Liverpool en 1842 (fig. 2.5).

El movimiento de salud pública centrado en el cambio ambiental duró hasta 1870 y, con el tiempo, fue eclipsado por un planteamiento más individualista introducido por el desarrollo de la teoría microbiológica de la enfermedad y las posibilidades ofrecidas por la inmunización y la vacunación.

Como los problemas ambientales más apremiantes estaban controlados, la acción para mejorar la salud de la población se trasladó, en primer lugar, a los servicios de medicina preventiva individual, como la inmunización y

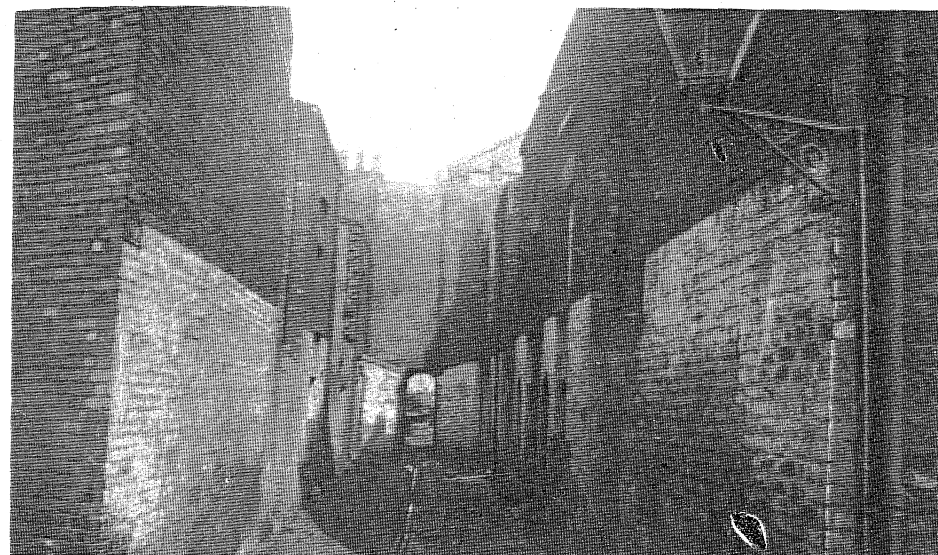


Fig. 2.3. Hacinamiento de viviendas en Liverpool a principios del siglo XIX.

la planificación familiar, y, posteriormente, a otras iniciativas como la enfermería comunitaria, la enfermería escolar y los servicios de salud escolar. También entonces Liverpool fue la pionera en desarrollarlos, tal vez más por necesidad que por inspiración.

La introducción de las comidas escolares formó parte del bloque de medidas para intentar hacer algo sobre las condiciones de pobreza de la clase trabajadora, que había sido reclutada masivamente para la guerra de los Boers en el cambio de siglo^{8,9}. Las medidas en las escuelas fueron el resultado del aumento de cobertura de la educación que siguió al Acta de Educación de 1870.

La segunda fase de la salud pública también marcó el incremento de la participación del Estado en el bienestar médico y social mediante el abastecimiento de servicios de hospitales y consultorios¹⁰. Esta fase fue, a su vez, superada por la era terapéutica que data de los años 30 con el advenimiento de la insulina y de las sulfamidas. Hasta ese momento, la eficacia comprobada del arsenal terapéutico era escasa². El comienzo de esta era coincide, por una parte, con la aparente desaparición de las enfermedades infecciosas y, por otra, con el desarrollo de ideas sobre el estado de bienestar en muchos países industrializados.

Históricamente marcó un debilitamiento de los departamentos de salud pública y un trasvase de poder y recursos a los servicios hospitalarios, en particular, a los grandes hospitales especializados.

Los profesionales de salud pública siempre han tenido claro el mayor inte-

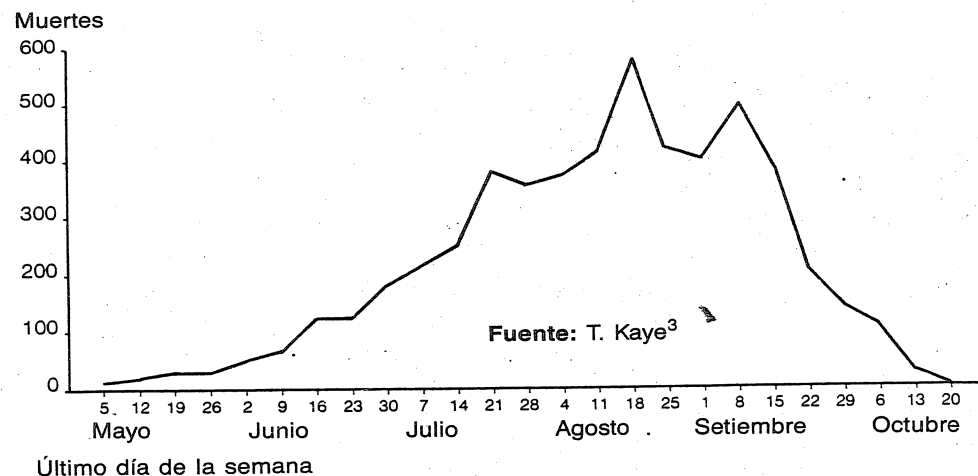


Fig. 2.4. Muertes semanales por cólera en Liverpool en 1829.

res de los servicios colectivos y socializados frente a los individualizados y privados y en esta dirección han dedicado gran parte de su esfuerzo y su trabajo. A pesar de este esfuerzo, el que los servicios lleguen a todos no ha sido siempre un objetivo conseguido, como lo demuestran las continuas y crecientes desigualdades en la salud¹¹⁻¹³. Quizás esto guarde relación con la naturaleza de las enfermedades infecciosas y las no infecciosas y su impacto en las elites gobernantes (para protegerse de las enfermedades infecciosas, la clase media necesita asegurarse de que toda la población está protegida, mientras que esto no parece ocurrir con las enfermedades no infecciosas). Cuando las epidemias de cólera victorianas afectaron las áreas de la clase media de las grandes ciudades, se consiguieron rápidamente inversiones en salud pública¹⁴. De forma semejante, los problemas contemporáneos de abuso de drogas y SIDA, que no respetan las clases sociales, han producido una respuesta rápida y cuantiosa de los gobiernos en muchos países.

3) A principios de los años 70 comenzó a criticarse la era terapéutica. La mayoría de los países experimentaron una crisis en los costes de la asistencia sanitaria, que fue independiente de la estructura de sus servicios. La escalada de los costes, en parte como consecuencia de las innovaciones tecnológicas en los métodos terapéuticos y una demanda de asistencia médica sin límite aparente, junto con el cambio demográfico de crecimiento de la población anciana, son los factores desencadenantes de esta crisis. El análisis de McKeown y las críticas a la práctica médica del tipo de las de Ivan Illich apoyaron el aumento de interés en el replanteamiento de las prioridades en los temas de salud^{2,15}.

Illich argumentaba que las actividades de la profesión médica lejos de ser

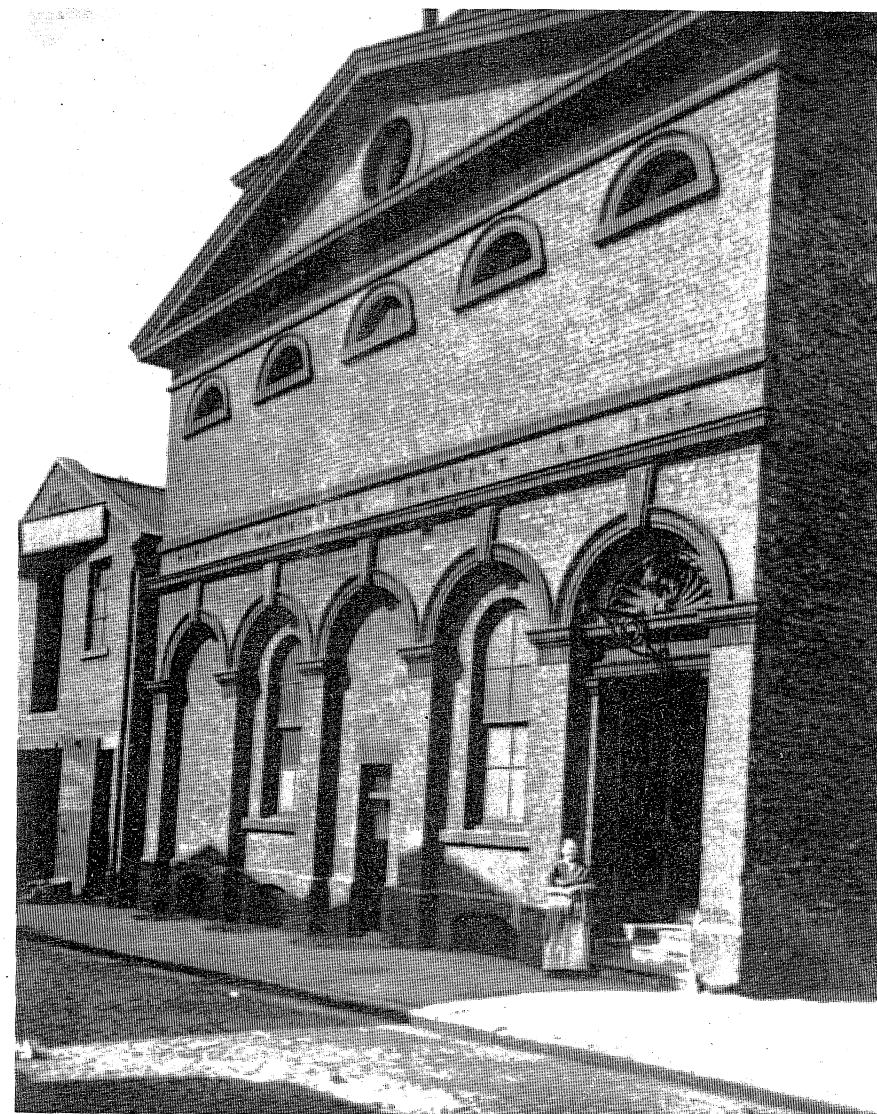


Fig. 2.5. Primer lavadero público en Upper Frederick Street, Liverpool, 1842.

parte de la solución para los problemas de salud, eran un componente importante de ellos, que en su forma de funcionamiento, la medicina moderna, no sólo había quitado a la población el control sobre su propio cuerpo y sa-

lud, sino que era la responsable directa de gran parte de las enfermedades variogénas. Este punto de vista ha sido apoyado y reforzado por el crecimiento de las ideas feministas sobre la salud de la mujer, por otras experiencias con estilos de vida y tratamientos alternativos y por los intentos de reclamar la salud como área legítima para asistencias no profesionalizadas y de autoayuda¹⁶⁻¹⁸.

En 1974, el entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, publicó un informe del gobierno titulado *Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*. Este informe, que era un diagnóstico comunitario de Canadá, señalaba el hecho de que gran número de las muertes prematuras e incapacidades que sufrían los canadienses eran prevenibles¹⁹.

Como consecuencia del informe se estableció un nuevo programa para una nueva era de la medicina preventiva en Canadá; puede incluso plantearse que señaló un punto de inflexión en los esfuerzos para redescubrir la salud pública en los países desarrollados y que condujo a una nueva, cuarta fase, en la historia de la salud pública.

Lo que a partir de entonces surgió como la nueva salud pública es un planteamiento que integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas especialmente para los ancianos y los enfermos crónicos. La nueva salud pública comprende no sólo la biología humana, sino que reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud que están causados por el estilo de vida. En este sentido, intenta evitar la trampa de culpar a la víctima de su propia mala salud o de sus estilos de vida no saludables.

Así, muchos problemas de salud actuales pueden entenderse como sociales más que como únicamente individuales; en ellos subyacen temas concretos de política local y nacional, y para abordarlos con propiedad son necesarias las llamadas «Políticas de Salud», políticas que desde muchos campos apoyen la promoción de salud²⁰⁻²³. En la nueva salud pública, el ambiente se considera social y psicológico al igual que físico.

Desde 1974, muchos países han publicado documentos similares orientados a la prevención y se ha producido una explosión del interés por la medicina preventiva y la promoción de la salud^{24,25}. En este movimiento creciente, la OMS ha sido un líder importante, lanzando una estrategia común a todos los países del mundo.

Salud para todos en el año 2000

El interés creciente y el deseo de un movimiento de nueva salud pública para afrontar los problemas de salud del siglo XX, se expresaron en la *Estrategia global de salud para todos en el año 2000* (SPT 2000) de la OMS, que fue aceptada como política de dicho organismo en 1981 en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud²⁶. De acuerdo con ella, la meta es asegurar que para el año 2000:

Todas las personas de todos los países puedan tener al menos el nivel de salud que les permita trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad en la que viven.

El desarrollo de la atención primaria de salud se considera esencial para conseguir el objetivo de SPT 2000, y se reconoce que la estrategia depende del desarrollo real de la participación comunitaria y de la colaboración entre diferentes sectores e instituciones (colaboración intersectorial)²⁷.

En el documento de dicha estrategia, la OMS identifica tres metas principales para la salud para todos:

1. Promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud.
2. Prevención de las enfermedades prevenibles.
3. Establecimientos de servicios de rehabilitación y de salud.

Estas metas se desarrollaron después de forma que fuera posible establecer unos objetivos de salud. En Europa, la Oficina Regional de la OMS ha desarrollado su propia estrategia de SPT, que ha sido adoptada por los 33 estados miembros²⁸.

1. LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA QUE CONDUZCAN HACIA LA SALUD DEBERÁ BASARSE EN:

1. El desarrollo de la conciencia individual sobre los riesgos para la salud y los cambios en la conducta necesarios para mejorarla. Para que sea más efectivo dicho desarrollo debe producirse en edades tempranas de la vida.
2. El enfoque intersectorial, tanto con el gobierno como con todas las instituciones con influencia para mejorar las condiciones sociales y económicas que influyen en la elección del estilo de vida. Estas condiciones incluyen la oportunidad de trabajar, las condiciones laborales y de vida y las redes de apoyo social.
3. La aceptación de que existen riesgos para la salud que son, de alguna forma, autoimpuestos como el alcohol, la nutrición desequilibrada, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados y otros. Estos aspectos nocivos del estilo de vida pueden disminuirse mediante información y educación. Pero también es necesario que estén apoyados por políticas de salud que ayuden a «hacer la elección sana, la elección más fácil». Esto supone el establecimiento de medidas legislativas y de control.

2. LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES PREVENIBLES DEBERÁ TENER EN CUENTA QUE:

1. Las mujeres y los niños se consideran un grupo prioritario, y que, por tanto, los servicios deberían suministrarles atención primaria adecuada

incluyendo atención materna perinatal, del lactante y del niño y con accesibilidad al consejo genético, la planificación familiar y el aborto, si es necesario. Debería centrarse la atención en una detección precoz de todos los problemas y factores de riesgo.

2. Para reducir la incidencia de las enfermedades transmisibles que aún persisten, todos los niños deberán estar cubiertos por programas de vacunación en 1990.
3. Hacen falta mayores esfuerzos para reducir los accidentes y sus consecuencias. Para ello se necesitan enfoques innovadores en educación sanitaria, diseño y construcción de carreteras, regulación del tráfico, seguridad en el trabajo, en el hogar y durante el ocio, y en el diseño de vehículos y productos de consumo.
4. Es necesaria la educación para evitar la obesidad y promover una alimentación equilibrada, la lactancia materna y la regulación de la seguridad en los alimentos.
5. Provisión de agua potable y medidas de salubridad.

EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DE SALUD DEBERÁ CONSIDERAR QUE:

1. Todas las personas deberían tener acceso a la atención primaria de salud, basada en la comunidad, priorizando la medicina preventiva y la promoción de la salud y apoyando la autoasistencia y la autoayuda, con especial atención a la humanización de los servicios sanitarios.
2. Son necesarios servicios especiales para los más desfavorecidos y los grupos de alto riesgo, como los ancianos, enfermos mentales, deficientes mentales y minusválidos.
3. Debería suministrarse diagnóstico precoz y la intervención correspondiente para prevenir el establecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas.
4. Debería mejorarse la calidad y el cociente costo-efectividad de los servicios de salud, así como la equidad de su provisión.

El elemento clave, que constituye el propio espíritu de esta estrategia, es la eliminación de las desigualdades en la salud basándose en un concepto amplio y comunitario de la atención primaria.

La intención subyacente en la estrategia de la salud para todos es que los países y sus distintas regiones puedan desarrollar su propia estrategia de salud para todos. Este proceso ya ha comenzado a producirse en alguna medida en Europa, y los países miembros han acordado 38 objetivos con sus indicadores correspondientes, como un paso en el camino hacia la salud para todos (tabla 2.1)²⁹.

El programa europeo intenta conseguir un cambio desde los planteamientos médico-biológicos a una mayor expansión en cinco áreas:

1. Autocuidados.
2. Coordinación de la asistencia médica con otras actividades relaciona-

Tabla 1. Objetivos de estrategia de salud para todos en el año 2000 en Europa (SPT/2000)

Objetivos 1-12: salud para todos

1. Igualdad en la salud
2. Añadir años a la vida
3. Mejorar las oportunidades para los incapacitados
4. Reducir las enfermedades e incapacidades
5. Eliminar el sarampión, la poliomielitis, el tétanos neonatal, la rubéola congénita y la malaria autóctona
6. Aumentar la esperanza de vida al nacer
7. Reducir la mortalidad infantil
8. Reducir la mortalidad materna
9. Combatir las enfermedades circulatorias
10. Combatir el cáncer
11. Reducir los accidentes
12. Detener el incremento en los suicidios

Objetivos 13-17: estilos de vida que conducen a la salud para todos

13. Desarrollo de políticas encaminadas a la salud
14. Desarrollo de sistemas de apoyo social
15. Mejora de los conocimientos y las motivaciones para una conducta saludable
16. Promoción de conductas hacia una salud positiva
17. Disminución de las conductas perjudiciales para la salud

Objetivos 18-25: creación de ambientes saludables

18. Política ambiental encaminada a la salud
19. Monitorización, valoración y control de los riesgos ambientales
20. Control de la contaminación del agua
21. Protección contra la contaminación del aire
22. Mejora de la higiene de los alimentos
23. Protección contra los residuos
24. Mejora de las condiciones de vivienda
25. Protección contra los riesgos laborales

Objetivos 26-31: proporcionar una asistencia adecuada

26. Sistema asistencial basado en la atención primaria
27. Distribución de los recursos de acuerdo con las necesidades
28. Reorientar la atención primaria médica
29. Desarrollar equipo de trabajo
30. Coordinar los servicios
31. Asegurar la calidad de los servicios

Objetivos 32-38: apoyo para el desarrollo de la salud

32. Desarrollar la investigación en SPT
33. Implantar políticas de SPT
34. Facilitación de recursos
35. Sistemas de información sanitaria
36. Formación de los profesionales
37. Educación de los sectores no sanitarios
38. Evaluación de la tecnología sanitaria

das con la salud, como educación, ocio, mejoras ambientales y bienestar social (la llamada acción intersectorial).

3. Integración de la promoción de la salud con la medicina preventiva, la terapéutica y la rehabilitación.
4. Conseguir prestar los servicios que necesitan los grupos más necesitados.
5. Participación comunitaria.

Promoción de la salud:

un concepto nuevo para una salud pública nueva

A partir de las discusiones generadas por la estrategia de la OMS, ha surgido el nuevo concepto de promoción de la salud³⁰. Es evidente que si reflexionamos sobre cómo se lograron las mejoras de salud en el pasado, para conseguir las en el presente y en el futuro necesitamos un enfoque amplio. Desde esta perspectiva, la promoción de la salud como forma de alcanzar la salud para todos es un proceso de capacitación de la población para que incremente su control sobre su salud y, de esta forma, la mejore. La salud no se contempla como un objetivo en sí mismo, sino como un recurso para la vida cotidiana.

Principios de la promoción de la salud

La experiencia de muchas personas que han trabajado en esta área desde 1974 ha ayudado a definir cinco principios de la promoción de la salud.

1. La promoción de la salud se ocupa de la población en su vida cotidiana más que de las personas que están ya en riesgo de desarrollar determinadas enfermedades o que utilizan los servicios sanitarios.
2. La promoción de la salud dirige sus acciones hacia las causas básicas de las pérdidas de salud.
3. La promoción de la salud utiliza enfoques muy diferentes que combina para mejorar la salud. Por ejemplo, educación e información, desarrollo y organización comunitarias, defensa de la salud y legislación.
4. La promoción de la salud depende especialmente de la participación de la población.
5. Los profesionales de la salud, especialmente los que trabajan en atención primaria, tienen un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y en facilitar que estos procesos ocurran.

En la Conferencia de Ottawa sobre Promoción de la Salud, celebrada en 1986, estos principios se ampliaron en la «Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud». Este documento señala en particular la necesidad de:

1. Desarrollar políticas que apoyen la salud. La promoción de la salud va más allá de la mera asistencia sanitaria y pretende que la salud se convier-

ta en parte del programa de acción de los políticos en todas las instituciones y todos los sectores. La promoción de la salud supone identificar las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario y también diseñar estrategias para superarlas. El objetivo debería ser conseguir que las opciones más saludables sean a la vez las más fáciles de tomar.

2. Crear ambientes favorecedores. La promoción de la salud tiene en cuenta que, tanto a nivel global como local, la salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que explotan su medio ambiente sin prestar atención a los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. La salud no puede separarse de otros objetivos y cambios en patrones de vida. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud. Por ello, la promoción de la salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.

3. Reforzar la acción comunitaria. La promoción de la salud sólo funciona a través de acciones comunitarias efectivas. El núcleo de esta idea es que las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades. Esto significa, para los profesionales, el desarrollo de nuevas formas de trabajo tanto con los individuos como con las comunidades, trabajando «por» y «con» más que «en» o «para» ellos.

4. Desarrollo de habilidades personales. La promoción de la salud apoya, por medio de la información, la educación para la salud y la ayuda a la comunidad, el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables tanto a nivel personal como a nivel social. De esta forma, ayudaremos a facilitar que la gente tenga un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, haciendo posible que la comunidad aprenda a través de su propia vida a prepararse a sí mismo durante todos los estadios de ella y a abordar problemas como las enfermedades crónicas o las lesiones. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.

5. Reorientar los servicios sanitarios. La responsabilidad de la promoción de la salud en los servicios sanitarios debe ser compartida entre los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, el personal auxiliar, las administraciones y los gobiernos. Todos ellos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.

Subiendo!! LF.

El papel del sector médico es pasar de la situación actual de responsabilidad en el sector terapéutico a una actuación en la promoción de la salud. Para hacerlo es necesario reconocer previamente que la mayoría de las causas de pérdida de la salud están fuera de la influencia directa del sector médico y que los médicos deben estar dispuestos a trabajar con aquellos otros sectores que pueden influir en las causas de la enfermedad.

Temas que surgen de la salud para todos

¿Existe un conflicto entre prevención y tratamiento?

El debate que se desarrolla alrededor del renacimiento de la salud pública con frecuencia se presenta en términos de conflicto entre prevención y terapéutica. Este tipo de conflictos entre los dos enfoques tienen una tradición larguísima. En la antigua Grecia, para los seguidores de Hígea, la salud era el estado natural de las cosas, un atributo positivo de las personas que les era dado si gobernaban la propia vida de forma juiciosa². De acuerdo con este punto de vista, la función más importante de la medicina era en primer lugar descubrir las leyes naturales que mantenían el cuerpo y la mente sanos y, posteriormente, enseñarlas a la comunidad. Los seguidores de Esculapio, más escépticos, pensaban que el papel más importante del médico era tratar las enfermedades e instaurar la salud por medio de la corrección de las imperfecciones que iban ocurriendo desde el nacimiento y a lo largo de la vida. La cuestión de quién debía ser el responsable de la pérdida de la salud también ha sido durante mucho tiempo un tema de debate. En la mitad del siglo XIX Neumann³² propugnaba un aumento de las responsabilidades del Estado en la salud pública y en la prestación de servicios sanitarios, diciendo:

El Estado plantea que su responsabilidad es proteger los derechos de propiedad. Para muchas personas su única propiedad es su propia salud; por ello, el Estado tiene la responsabilidad de proteger la salud de las personas.

En general, este punto de vista, que quizás actualmente pueda considerarse como paternalista, parece ser el más extendido. Hoy día, una inscripción encima de la puerta del Departamento de Salud Pública de Southwark, en el sur de Londres, nos lo recuerda (fig. 2.6) «La salud pública es la ley suprema». Sin embargo, en los últimos años, y en coincidencia con el renacer de la salud pública, se ha reavivado de nuevo la vieja polémica de la responsabilidad de la salud y se han desarrollado nuevas formas de «culpabilización de la víctima», siendo éste un punto de vista que cuenta con numerosos apoyos en algunos medios. El tema se complica por el rechazo que existe a acciones gubernamentales de corte paternalista como parte de un movimiento más amplio que postula unas formas de democracia más participativa y menos representativa. En medio de la confusión reinante, algunos gobiernos han llegado incluso a plantear que el pueblo ya no quiere servicios públicos.

El peligro potencial de una polarización de puntos de vista, oponiendo prevención a tratamiento, se evidenciaba en el artículo del profesor Morris «¿Son los servicios sanitarios importantes para la salud?»³³. Está claro que la terapia desempeña un papel especialmente importante en el alivio de las minusvalías producidas por las enfermedades, en particular en las personas de edad avanzada.

➔ Dentro de la salud pública es ya costumbre dividir la prevención en tres



Fig. 2.6. La salud pública es la suprema ley.

Frase de Cicerón, *De Legibus* 3, 3, 8, tomada del Libro de Citas de Benhams, 1948.

tipos: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria, junto con la promoción de la salud, tiene como objetivo la prevención de los problemas de salud antes de que hayan ocurrido, ya sea mediante estrategias de tipo positivo, que afecten a los factores causales de la enfermedad en la población general, o bien mediante la actuación sobre un grupo de personas previamente identificadas como de riesgo.

Estas estrategias sólo son posibles cuando se conocen las causas del problema y es factible llevar a la práctica la estrategia. Cuando falla alguna de estas condiciones nos debemos limitar a la llamada prevención secundaria, que supone el diagnóstico y el tratamiento precoz, con el ánimo general de limitar el desarrollo de la enfermedad y reducir el riesgo de recurrencia y secuelas.

Cuando incluso este enfoque es imposible, el último recurso es la prevención terciaria para reducir las incapacidades que para el individuo y la sociedad producen las enfermedades, tratando de obtener el máximo de salud posible dentro de estas circunstancias. Es obvio que, con una población cada vez más envejecida y con los conocimientos que en la actualidad poseemos, existe un núcleo muy importante de enfermedades crónicas que no sabemos cómo prevenir y en las que el tratamiento tiene un impacto decisivo en la

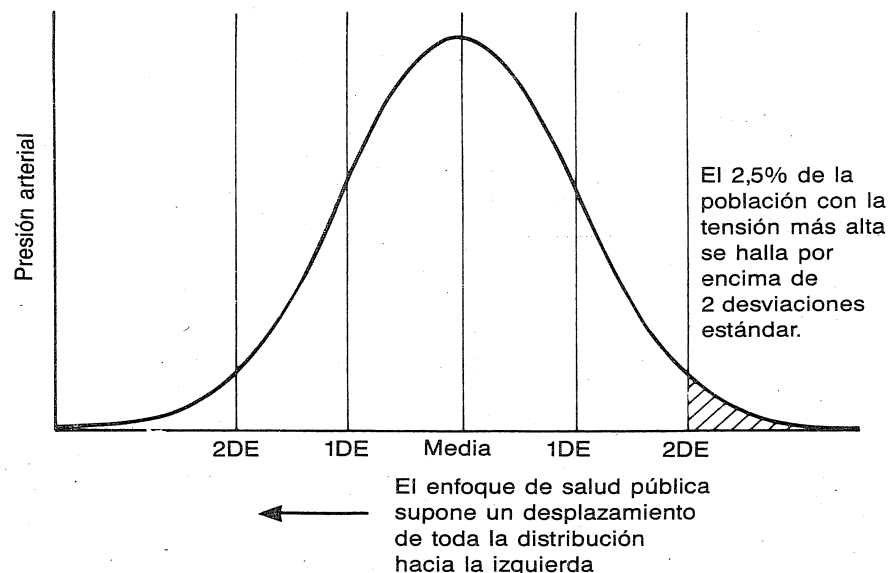


Fig. 2.7. Distribución normal de la presión arterial en poblaciones humanas.

calidad de la vida. Además, en la medida en que la muerte en sí misma es algunas veces inevitable, la prestación de cuidados terminales de gran calidad debe entenderse como una forma de prevención terciaria.

Existen ejemplos de enfermedades crónicas en las que los tratamientos modernos pueden afectar muy favorablemente la calidad de la vida como ocurre con las prótesis de cabeza de fémur, las operaciones de cataratas o la extirpación de la glándula prostática. Además, es muy posible que se produzcan importantes avances en este tema en los próximos años.

El común denominador de las actividades de salud pública y de promoción de la salud es que centran su atención en la salud de toda la comunidad y no en la de los individuos.

Este principio se ilustra bien haciendo referencia a la hipertensión y el ictus como problemas de salud pública³⁴⁻³⁸. Entre el 15 y el 20% de los adultos tienen elevada la tensión arterial. Este hecho es de gran importancia como factor de riesgo para el desarrollo de ictus y enfermedades del corazón y también para problemas renales y oculares. La hipertensión no suele causar síntomas hasta que la enfermedad no está muy avanzada y la mayoría de los hipertensos ignoran que padecen esta enfermedad. Existen otros factores de riesgo para las enfermedades del corazón y el ictus, como por ejemplo el consumo de cigarrillos, los elevados niveles de colesterol en la sangre, la diabetes y la obesidad. Un enfoque global de este problema debería incluir:

1. Promoción de la salud y prevención primaria, para evitar los factores de riesgo en la población mediante cambios de conducta y estilos de vida, apoyados por políticas apropiadas y educación para la salud.
2. Prevención secundaria basada en la detección precoz de la enfermedad en los grupos de riesgo, seguida de consejo, educación para la salud y tratamiento cuando sea necesario.
3. Prevención terciaria, mediante rehabilitación, tratamiento, consejo y educación para los enfermos que ya han padecido ictus o enfermedad cardíaca hipertensiva.

Una vez identificado un caso de tensión arterial elevada, su control requiere seguir estrictamente una serie de normas durante el resto de la vida; ello supone cambios en la dieta, la actividad física, manejo de situaciones de estrés y posiblemente también la toma regular de fármacos. Por ahora el nivel de control de este problema puede ser muy bien descrito con la llamada «regla de las mitades».

- Se conoce sólo la mitad de los hipertensos que existen.
- La mitad de los hipertensos conocidos se tratan.
- Sólo la mitad de los hipertensos que se tratan lo hacen de forma efectiva.

Como resultado de esta situación, cada año se producen muchas muertes evitables por estas enfermedades. Sólo los ictus suponen entre el 5 y el 10% de los años de vida perdidos antes de los 75 años en los países desarrollados.

Las diferencias entre el enfoque clínico tradicional y el enfoque de salud pública se ilustra en la figura 2.7. Muchas variables biológicas pueden describirse por una curva de distribución normal (curva de Gauss) que divide a la población en segmentos de desviaciones estándar desde la media poblacional. Dos desviaciones estándar por encima y por debajo de la media suponen al 95% de la población. En el caso concreto de la hipertensión, las personas con presión diastólica superior a 105 mm Hg constituyen el 2,5% de la población que presenta mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas e ictus. El enfoque médico intenta identificar a estas personas y modificar su presión arterial por medio de cambios en el estilo de vida, con tratamiento farmacológico o sin él. Sin embargo, desde la perspectiva de la salud pública, aunque los miembros de este grupo son los que individualmente presentan mayor riesgo de enfermar, colectivamente no constituyen la contribución más grande al total de enfermedades cardíacas e ictus. La mayoría de las muertes por estas enfermedades provienen del grupo, mucho más numeroso, comprendido entre una y dos desviaciones estándar. La alternativa de identificar y tratar a este grupo es éticamente inaceptable.

Desde una perspectiva de salud pública, lo que se pretende es un cambio hacia la izquierda de toda la distribución de la población por medio de medidas poblacionales para reducir los factores de riesgo, cuyos miembros nunca sabrán a ciencia cierta si habrían desarrollado o no la enfermedad si no hubieran adoptado los cambios propuestos. Es evidente que el tipo de cambios que son necesarios en relación con el ejercicio, la nutrición, el alcohol

o el tabaco no dependen totalmente de elecciones individuales, sino que están influidos por las condiciones económicas, legislativas, de política social y también por el medio cultural prevalente. Del ejemplo que hemos descrito se pueden extraer conclusiones que son aplicables a muchos otros problemas de salud pública en la actualidad.

Necesidad de estrategias globales en la promoción de la salud

La necesidad de una conceptualización amplia que integre la medicina preventiva con la terapéutica y el reconocimiento de la importancia de las dimensiones sociales y políticas de la salud no es nuevo. En (1941) Sigerist³⁹, el historiador de la medicina, planteó que cualquier programa de salud a nivel nacional debería incluir:

1. Educación gratuita que comprendiese educación para la salud.
2. Las mejores condiciones posibles de vivienda y trabajo.
3. Los mejores medios posibles para el descanso y el ocio.
4. Un sistema de instituciones de salud con personal y medios disponibles para todos los ciudadanos. Este sistema de salud debería ser responsable de la salud de los ciudadanos, estando dispuesto y capacitado para asesorar y ayudar a la población en el mantenimiento de la salud y en su restauración allí donde la prevención fallase.
5. Centros de docencia médica e investigación.

Estas ideas fueron plasmadas de forma explícita en el informe Beveridge de 1942 en el Reino Unido, que en gran medida reflejaba el consenso surgido de los grandes efectos de la recesión de los años 30 y que se usó como parte de la estrategia de la lucha contra los «cinco grandes demonios»:

directamente preocupada por la necesidad física, por la enfermedad, que a menudo causa la necesidad física y trae otros problemas como compañeros de viaje, por la ignorancia que ninguna democracia debería permitir entre sus ciudadanos, por la miseria que surge primordialmente de la desigual distribución de la industria y la población y por la indolencia que destruye la riqueza y corrompe a las personas, estén bien alimentados o no, cuando se encuentran ociosos.

Aunque para las nuevas generaciones el paternalismo que impregnaba el Informe Beveridge y las instituciones que de él se desarrollaron pueda ser difícilmente aceptable, la realidad es que este documento refleja de forma bastante clara la naturaleza de los problemas de salud y, en particular, de la prevención primaria. Se confirmaba así la visión de que «la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala»⁴¹. El interés por la salud, obviamente, debe ser una preocupación legítima de todos los miembros de la comunidad y no sólo de los médicos y los trabajadores de la salud.

Desde la creación del Servicio Nacional de Salud Británico (SNS) sólo una pequeña proporción del presupuesto se ha dedicado a actividades de promoción de la salud y prevención. En 1976, el Departamento de Salud Pública en el texto *Prevención y salud: un asunto de todos*, intentaba estimular la discusión sobre el ámbito de la medicina preventiva moderna²⁵. Luego le siguió el informe del Departamento de Salud: *Prioridades para salud y servicios sociales en Inglaterra* en 1976 y, posteriormente, *El camino por recorrer* en 1977^{42,43}. La Comisión Real sobre el SNS, en su informe de 1979, concluía que «se obtendrán mejoras significativas en la salud de todos los habitantes del país por medio de la prevención»⁴⁴. Los miembros de la comisión «consideraron que existían áreas importantes en las que una acción de gobierno podía producir algunos resultados seguros y a corto plazo, especialmente en las enfermedades producidas por el tabaco, la prevención de los accidentes de tráfico y la reducción de sus secuelas, el aumento de los esfuerzos por la fluoración de las aguas de bebida y los programas para combatir el alcoholismo». En el informe se planteaba que los problemas concretos mencionados debían ir acompañados de otro tipo de medidas:

Entendemos que existe la necesidad de una mayor atención a la educación para la salud y al desarrollo y la monitorización de sus técnicas, de una mayor implicación de los médicos generales y de otros profesionales y de un mejor entrenamiento en la práctica de los maestros en educación para la salud. El uso imaginativo de la radio y la televisión podrían ser muy importantes. Se podría hacer mucho para poner énfasis en las virtudes positivas de la salud y a los riesgos que derivan de estilos de vida no saludables que incluyen no sólo la conducta personal sino también riesgos ambientales y laborales. Estamos interesados en que las autoridades locales no dejen que los estándares medioambientales bajen. Consideramos que el SNS necesita enfrentarse a sus responsabilidades en prevención.

Por otro lado, el grupo de trabajo del Informe Black en sus recomendaciones identificaba tres objetivos:

1. Proporcionar a los niños un mejor comienzo en la vida.
2. Conseguir mejorar la salud de una mayor proporción de población mediante acciones preventivas y educativas.
3. Reducir los riesgos de muertes prematuras en los enfermos crónicos y mejorar la calidad de sus vidas, tanto en la comunidad como en instituciones, intentando tanto como sea posible reducir la necesidad de institucionalización.

El equipo planteaba sus recomendaciones en términos de acciones en los servicios sanitarios y también mediante actuaciones en otras áreas de la política, haciendo especial hincapié en la necesidad de abolir la pobreza en la infancia y en asumir de forma multidisciplinaria el peaje de muertes que se cobran los accidentes de tráfico y los accidentes domésticos.

Más recientemente, el gobierno británico ha aceptado la necesidad de dar pasos mas activos para desarrollar la asistencia primaria médica y ha llevado a cabo una revisión fundamental de las funciones de la salud pública, motivada en parte en los fallos en el control de las enfermedades infecciosas, en la monitorización medioambiental y en las dificultades en las relaciones entre el sector médico y otras áreas de acción pública de relevancia⁴⁵⁻⁴⁷.

Reorientación de la asistencia primaria

La reorientación de la asistencia médica hacia la promoción de la salud, la prevención y la atención primaria médica es una parte esencial de la estrategia de la OMS^{28,49,50}. Esta reorientación supone además un cambio desde la atención primaria médica (un concepto médico basado en la accesibilidad y la disponibilidad igualitarias de servicios preventivos y curativos de alta calidad, desarrollados por un equipo de salud basado en la comunidad) hacia la atención primaria de salud, que es un concepto social con una dimensión más amplia, que se preocupa no sólo de los individuos sino también de las colectividades y busca implicar una amplia variedad de personas y no sólo profesionales de la salud. Las implicaciones para la formación y la gestión de este cambio en las ideas son considerables, particularmente en lo que se refiere a conseguir tanto una participación comunitaria real como un verdadero trabajo intersectorial.

El concepto de atención primaria de salud de la OMS acepta que la asistencia sanitaria debe planificarse en relación con los recursos disponibles. Se considera la atención primaria de salud como la parte más local de un sistema de salud integral y se plantea que la población debe participar, tanto individual como colectivamente, en la planificación y el desarrollo de la asistencia a la salud.

El Centro de Salud Pionero de Peckham como modelo de atención primaria de salud

Es difícil encontrar ejemplos de la atención primaria de salud tal como la define la OMS. Un ejemplo muy conocido fue el Centro de Salud Pionero de Peckham, fundado en el sur de Londres en los años 30. La idea inicial del centro surgió de dos personas, el Dr. G. Scott Williamson y su colega y más tarde esposa, la Dra. Innes Pearse. Dedicado a la anatomía patológica, Williamson estaba fascinado por la falta de susceptibilidad a las enfermedades que caracteriza al buen estado de salud y que es diferente de la inmunidad adquirida^{51,52}. Su búsqueda de las condiciones que permitieran estudiar, encontrar y apoyar la salud, le llevó a la idea del centro de salud. Por otro lado, la experiencia profesional de Pearse durante los primeros años 20 se había desarrollado en una de las primeras clínicas de salud infantiles en un distrito de clase trabajadora, en donde comprendió que los conse-

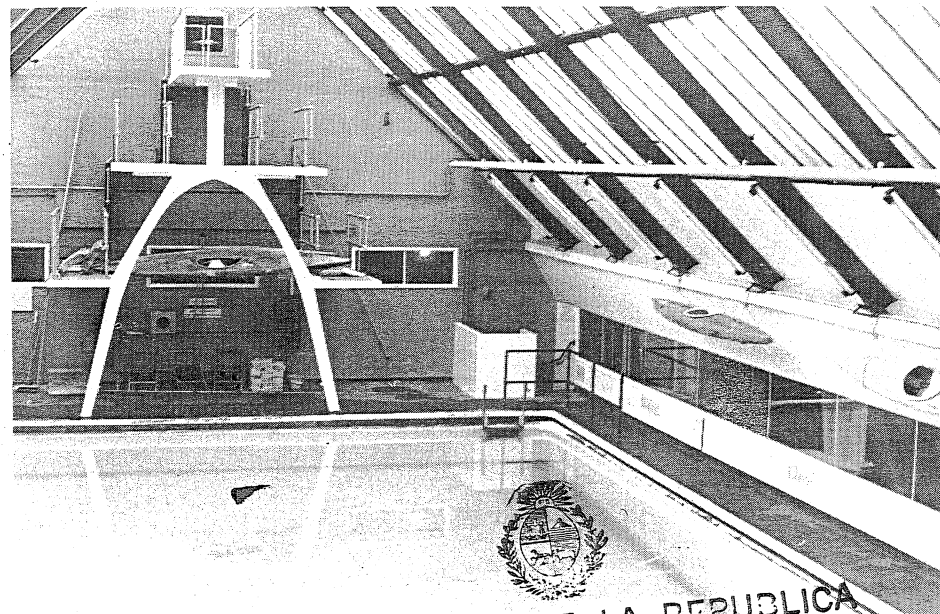


Fig. 2. El Centro de Salud Pionero de Peckham.

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
DPTO. DE DOCUMENTACION Y
BIBLIOTECA 4592

jos sobre control de la concepción deberían darse en el contexto global de la familia.

El centro de salud, que se constituyó en 1935 gracias al trabajo y a las ideas de estos pioneros y de otras personas que colaboraron con ellos, fue y sigue siendo un edificio interesante. Constaba de tres grandes plataformas, situadas una sobre otra, con soportes y voladizos rodeando una gran pieza central de forma rectangular que en la primera planta contenía una piscina (fig. 2.8). Las paredes exteriores eran de cristal. En la fachada había mamparas que podían moverse y formar terrazas abiertas. Los tabiques del espacio interior estaban diseñados de forma que permitían una gran flexibilidad en la utilización del suelo.

En la segunda planta había tres consultorios, salas de recepción, vestuarios, un pequeño laboratorio y una sala para trabajos de artesanía y reuniones. Al final de la piscina había un gimnasio y, al otro lado, un teatro que podía usarse para jugar al badminton. A un lado y encima de la piscina había una cafetería y, al otro lado, una habitación para esparcimiento que solía usarse para bailar. En la planta baja había una guardería con una habitación para que los niños durmieran.

En el sentir de la planificación del nuevo centro subyacían las siguientes ideas: la población usuaria debería ser esencialmente sana, incluiría a personas de todas las edades, los usuarios deberían ir voluntariamente al centro más motivados por el proselitismo, todo lo que fuera sucediendo en el centro dependería de lo que sus usuarios decidieran, estaría continuamente abierto, incluso en los días de vacaciones, y su objetivo sería proporcionar oportunidades en aquellos momentos en que se pudiesen aprovechar (un reflejo de la creencia de sus promotores en las teorías de Montessori).

Los mismos científicos llegaron a ser uno de los grupos que formaban parte de la diversidad cultural del centro, y su labor consistió en observar tanto las acciones individuales y familiares —como sus interacciones— como desarrollar estudios psicológicos de cada individuo y de cada familia. La información obtenida de este modo por el grupo científico era devuelta a cada familia para su propio uso. El equipamiento inicial consistió en unos pocos libros, una mesa de billar, juguetes para los niños y un piano. La idea era que los usuarios fueran adquiriendo bienes y amueblando el centro según sus propias necesidades. Estos pioneros entendieron su centro como algo que debía ser amueblado con la gente y con sus actuaciones y consiguieron un diseño que invitaba al contacto social. Se pretendía conseguir un sitio cómodo al estilo de lo que eran las antiguas plazas públicas.

En línea con la filosofía del centro como un recurso comunitario, podía asociarse a él cualquier familia en un radio de unos 2 km desde el centro, distancia que puede recorrerse fácilmente aun con niños. Se estipuló una cuota de un chelín a la semana, que suponía tanto derechos como deberes, por ejemplo:

1. Un examen general de salud para cada miembro de la familia.
2. La utilización del centro y de su equipamiento (tabla 2.2).

Tabla 2.2. Servicios del Centro de Salud de Peckham.

Educativos y bienestar

Clínica prenatal y postnatal, control del parto, salud infantil, salud escolar, guarderías, vacunaciones, exámenes médicos escolares, consejo vocacional, educación sexual para adolescentes, clubes de chicos y chicas, centros de juventud, clubes de todo tipo de deportes, clases de gimnasia y mantenimiento de forma física, educación para adultos, música, debates, teatro, cualquier acontecimiento organizado por los socios, despacho de ayuda al ciudadano, organización de vacaciones, excursiones y expediciones, bar, billar, baile, salón social.

Terapéuticos

Despacho de ayuda al matrimonio, clínica materna, clínica de seguimiento infantil, abogado para pobres, trabajador social, seguimiento poshospitalización, clínica de rehabilitación.

Los aspectos comunitarios del centro se establecieron de acuerdo con principios que probablemente son fundamentales para alcanzar la salud:

1. No había organizador. Los usuarios eran los que organizaban y elegían por sí mismos cómo se debía utilizar el edificio. Se hacía bastante hincapié en la autodeterminación, que quedó simbolizada por la cafetería, que era un autoservicio. Se trataba de un método de organización más basado en las elecciones personales que en la dependencia profesional.
2. No se pretendía conseguir cosas extraordinarias. No se permitía que los expertos dominaran ninguna actividad y se apropiaran de ella. Esto creó una atmósfera en la que cualquiera se sentía capaz de intentar actividades, no preocupándose por el fracaso o por resultar poco apto. (p. ej., nadar).

Desde su fundación en 1935 hasta el comienzo de la segunda guerra mundial, el experimento de Peckham siguió desarrollándose y creciendo, tanto en el número de familias asociadas como en su sentido de identidad y compromiso. El edificio fue evacuado al comienzo de la guerra por una orden policial y fue luego usado como fábrica de municiones. En ese momento el centro adquirió una granja en Bromley y 29 familias con 50 niños pequeños se fueron a vivir a ella para poder abastecerse de alimentos y leche fresca. Sin embargo, este experimento en el campo terminó al cabo de un año, aparentemente por razones económicas.

Como consecuencia del interés de antiguos miembros del centro, éste se reabrió al terminar la guerra en 1945 e, inmediatamente, 550 familias se volvieron a afiliar.

En los tres años siguientes las ayudas económicas para mantener el edificio empezaron a fallar y sus promotores acabaron vendiéndolo a las autoridades locales en 1951.

Resulta irónico que el centro no recibiera ayuda económica cuando se creó el Servicio Nacional de Salud, quizá porque su ética era incompatible con los valores en ascenso de la era terapéutica. Posteriormente, el uso del centro Peckham cambió y, aunque mantiene algunos puntos de contacto con las ideas originales, hoy en día se parece poco al enfoque ecológico e integrado que diseñaron sus fundadores. Las consultas médicas las usan ahora los médicos generalistas del sur de Londres, y la mayor parte del edificio se ha convertido en un centro para la educación de adultos, que cuenta con una gran área de captación y también con un director.

En los últimos 20 años, en muchos países se ha despertado un gran interés y se ha dedicado mucha energía al desarrollo de la medicina preventiva y la atención primaria médica. Hay países que han aprobado leyes especiales para apoyar el cambio desde una asistencia basada en los hospitales a un modelo basado en la atención primaria de salud. Algunos han aprobado asimismo su propia «estrategia nacional de salud para todos», y quizá lo más atractivo es el gran interés que existe en desarrollar actividades de promoción de la salud, medicina preventiva y atención primaria a nivel local. Sin embargo, en Inglaterra y Gales, donde existen tantos elementos que son deseables para el desarrollo de la atención primaria, aún persisten problemas tanto en el centro de las grandes urbes como en los barrios de la periferia (tabla 2.3)⁴⁴. En estas zonas las desigualdades en salud entre las diferentes clases sociales ha seguido aumentando, y la preocupación por el desarrollo de estándares apropiados de servicios ha producido varios estudios e informes^{45,53-56}.

El problema parece deberse, en parte, a que es muy variable la manera en que algunos o todos los elementos citados en la tabla 2.3 existen o están adecuadamente desarrollados, variabilidad que es mayor en las zonas interiores de las grandes ciudades. Existe, en particular, una ausencia general de lo que Tudor Hart y Kark llaman visión epidemiológica o poblacional de la atención primaria de salud. Hay una enorme necesidad de incluir habilidades epidemiológicas dentro de lo que es el funcionamiento normal de los equipos de atención primaria^{57,58}.

El desarrollo de sistemas de información apropiados, basados en registros de edad y sexo, con datos obtenidos mediante encuestas periódicas para valorar factores de riesgo y otras cuestiones sobre muestras de la población de cobertura, deberían ser los pasos necesarios para suministrar el marco conceptual para un enfoque integral y racional de la medicina preventiva y la promoción de la salud. Este tipo de actividades puede servir también para suministrar a las autoridades sanitarias locales y de distrito la información necesaria para la planificación.

Además, con el desarrollo actual de los microordenadores, la tarea resulta mucho más factible^{59,60}.

Un ejemplo de iniciativas positivas para abordar los problemas de salud en las ciudades son las publicadas recientemente por el Real Colegio de Médicos Generalistas del Reino Unido. En varios de sus informes se ha identificado una serie de áreas en las que se pueden hacer avances en cuanto al

Tabla 2.3. Elementos para un buen sistema de atención primaria de salud en el Reino Unido.

1. Existencia y desarrollo de la medicina de familia
2. Existencia de un grupo profesional que desarrolle estándares (Real Colegio de Médicos Generalistas)
3. Programas de formación para la plantilla de los centros de salud
4. Requerimientos específicos de formación
5. Coordinadores de posgraduados (*General Practice Deans*)
6. Centros de formación de posgraduados
7. Programa de construcción de centros de salud
8. Enfoque de equipo
9. Influencia de las ciencias sociales y la psicodinámica en la práctica médica
10. Disponibilidad de un denominador poblacional para atención primaria (lista de usuarios)
11. Reuniones para la plantilla médica
12. Representación de los consumidores (*Community Health Councils*)
13. Iniciativas de medicina preventiva y promoción de salud

desarrollo de la medicina preventiva y la promoción de la salud en la práctica del generalista; asimismo, un documento reciente ha reflejado el creciente interés en la calidad de la asistencia^{61,67}.

Estas iniciativas, tan positivas, tomadas por el Real Colegio de Médicos Generalistas han llevado a algunos a asumir que, en el futuro, la medicina preventiva será organizada y desarrollada por médicos de atención primaria, centrados en la práctica del generalista. Como consecuencia de esto, los servicios de salud comunitaria, que han sido tradicionalmente los responsables de proveer de cobertura a la población en lo referente a medidas preventivas, se encuentren en estado de incertidumbre sobre su futuro. Parece deseable, en relación con esto, no duplicar los servicios que ya se están desarrollando en atención primaria y que, además sufren de la debilidad que tienen los programas verticales⁶⁸. Sin embargo, a pesar de las tendencias positivas de las iniciativas de los médicos generalistas británicos, que ya se han descrito, existe poca evidencia de que los médicos serán los promotores de la atención primaria de salud como concepto diferente al de atención primaria médica.

Una encuesta reciente en un área de salud británica reveló que algunos médicos generales más progresistas apoyaban el desarrollo de estilos participativos y acciones intersectoriales, pero que la mayoría seguían aún encerrados en el modelo médico. De 120 generalistas en Birmingham que participaron en la encuesta, el 92% ofrecía servicios de inmunización, el 85% planificación familiar, el 78% vigilancia del embarazo, sólo el 49% asistencia materno-infantil, el 37% vigilancia del desarrollo, el 20% educación sobre paternidad y únicamente el 2% trabajaba con grupos de autoayuda. Asimismo, hasta el 54% pensaba que no tenía tiempo suficiente para realizar tareas preventivas⁶⁹. Dado que los 120 médicos participantes suponían una tasa de respuesta de sólo el 35%, los porcentajes mencionados pueden ser, probablemente, una supervaloración. Este posible sesgo sustenta la idea de que los médicos de

atención primaria están desarrollando las funciones de salud pública, produciéndose la fantasía de confundir lo anecdótico con la norma. Cuando pensamos en el tipo de atención primaria, muy vinculada a la comunidad, que puede encontrarse en algunos países no industrializados y que sería especialmente necesario en las zonas céntricas de las ciudades del Reino Unido, no hay nada que sugiera que los médicos de atención primaria tengan interés en desarrollar estos modelos. Si a esto añadimos la respuesta negativa de los médicos a las sugerencias del Informe Cumberlege, en el sentido de que la atención primaria debería organizarse sobre bases geográficas, se hace aparente que necesitamos una estructura paralela, centros de salud comunitaria con programas colectivos y aún verticales que coexistan con la atención primaria en el futuro a medio plazo⁷⁰.

Participación comunitaria y acción intersectorial

Los elementos de la Declaración de Ottawa, que se centran en la creación de ambientes de apoyo a la salud y en la capacitación de la comunidad a través del desarrollo de habilidades personales y de actividades de defensa de la salud, representan un reto para la actividad profesional y así ha sido reconocido en todo el mundo^{31,71}.

El poder profesional y su prestigio se basan en la adquisición de conocimientos y habilidades que se intercambian por dinero al realizar un servicio. La autonomía profesional en el mercado es tan importante como la libertad del profesional para rechazar a un cliente. Esto supone no interesarse por la cobertura poblacional o por compartir el poder y desmitificar el conocimiento. En este sentido, existe un conflicto real entre el modelo clínico basado en la transacción individual y el modelo de salud pública basado en un contrato social con toda la comunidad. Como consecuencia de ello existe una retórica muy considerable sobre la participación comunitaria junto con una acusada inhibición para desarrollar en la realidad los procesos que la favorecen. La mayoría de los profesionales y de las administraciones funcionan únicamente en la primera mitad de la escalera de la participación comunitaria descrita por Arnstein:

Control ciudadano
Poder delegado
Colaboración
Pacificación
Consulta
Información
Tratamiento
Manipulación

En el deseo de que la población tenga una mayor responsabilidad sobre la propia salud es necesario todavía reconocer la relación que existe entre conductas de riesgo y falta de poder⁷³.

Bibliografía

1. Kickbusch, I. (1986). Health promotion strategies for action. *Canadian Journal of Public Health* **77** (5), 321-6.
2. McKeown, T. (1976). *The role of Medicine - Dream, Mirage or Nemesis*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
3. Kaye, T. (1829). *The Stranger in Liverpool*. T. Kaye, Liverpool.
4. Chave, S.P.W. (1984). Duncan of Liverpool - and some lessons for today. *Community Medicine* **6**, 61-71.
5. Kearns, G. (1986). Private property and public health reform in England 1830-70. *Soc. Sci. Med.* **26** (1), 187-99.
6. Cartwright, F.F. (1977). *A Social History of Medicine*. Longmans, London.
7. Fraser, W.M. (1947). *Duncan of Liverpool*. Hamish Hamilton, London.
8. Hardy, G. (1981). *William Rathbone and the Early History of District Nursing*. G.W. and A. Hesketh, Ormskirk.
9. Lane, T. (1986). *Liverpool - Gateway of Empire*. Lawrence and Wishart, London.
10. Ashton, J.R. (1979). Poverty and health in Britain today. *Public Health* **93**, 89-94.
11. Gobder, G.E. (1986). Medical officers of health and health services. *Community Medicine* **8** (1), 1-14.
12. Townsend, P. and Davidson, N. (1980). *Inequalities in Health - The Black Report*. Penguin, Harmondsworth.
13. Whitehead, M. (1987). *The Health Divide - Inequalities in Health*. Health Education Council, London.
14. Smith, F.B., Francis, Barrymore (1979). *The Peoples Health*. Croom Helm, London.
15. Illich, I. (1975). *Medical Nemesis - The Expropriation of Health*. Marion Boyars, Boston.
16. Boston Women's Health Book Collective (1984). *The New Our Bodies Ourselves*. Simon and Schuster, New York.
17. Levin, L.S., Katz, A.H. and Holst, E. (1977). *Self-care*. Croom Helm, London.
18. WHO Europe (1983). *Self-help and Health in Europe*. WHO, Geneva.
19. Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services.
20. Doyal, L. (1981). *The Political Economy of Health*. Pluto Press, London.
21. Navarro, V. (1976). *Medicine Under Capitalism*. Croom Helm, London.
22. Milio, N. (1986). *Promoting Health Through Public Policy*, Canadian Public Health Association. Ottawa, Canada.
23. St. George, D. and Draper, P. (1981). A health policy for Europe. *Lancet* **ii**, 463-5.
24. Department of Health Education and Welfare (1979). *Healthy People*. The Surgeon General's report on Health Promotion and Disease Prevention. DHEW Publications, Washington, D.C.
25. HMSO (1976). *Prevention and Health: Everybody's Business*. A reassessment of Public and Personal Health. HMSO, London.
26. World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health For All by the Year 2000*. WHO, Geneva.
27. World Health Organization (1978). *Alma Ata 1977. Primary Health Care*. WHO, UNICEF, Geneva.
28. WHO Europe. (1981). *Regional Strategy for Attaining Health For All by the Year 2000*. EUR/RC 3018. rev 1. WHO, Copenhagen.
29. WHO Europe (1985). *Targets for Health For All*. WHO, Copenhagen.

