1 La reforma de la salut pública a Catalunya

La reforma de la salud pública en Cataluña

The Public Health reform in Catalonia

Informe del comitè científic per donar suport al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya.

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

La reforma de la Salud Pública en Cataluña

Informe del comité científico para dar soporte técnico y científico al proyecto de reordenación del sistema de salud pública en Cataluña

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
Direcció General de Salut Pública

ÍNDICE

Introducción pág. 144

La Salud Pública: una agenda estratégica para los servicios de salud pública en Cataluña pág. 146
Antoni Plasència, Josep M. Antó, Josep Ll. de Peray

RESUMEN EJECUTIVO: LA REFORMA DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA pág. 150

La reforma de la salud pública en Cataluña pág. 157
Josep Maria Antó

ANEXOS

Las grandes orientaciones de la política pág. 190
Oriol Ramis, Jacint Jordana

Organización y aspectos legales de la salud pública pág. 198
Joan Ramon Villalbé, Elisabeth Jané

Cartera y compra de servicios de salud pública pág. 207
Olga Pané, Ricard Tresserras

La interesctorialidad en salud pública pág. 227
Teresa Corbella, Mercè Tor, Eduard Mata

Formación en salud pública en Cataluña pág. 241
Fernando Garcia Benavides

Investigación en salud pública en Cataluña pág. 250
Xavier Bosch

Participación ciudadana en salud pública pág. 252
Andreu Segura

Comunicación en salud pública pág. 267
Gemma Revuelta

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Antó, Josep M.	Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Universitat Pompeu Fabra.

Miembros:

Bosch, Francesc Xavier	Institut Català d'Oncologia, Servei Català de la Salut.
Corbella, Teresa	Servei Salut Pública, Ajuntament de Sabadell.
De Peray, Josep Lluís	Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut.
García Benavides, Fernando	Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
Jané, Elisabeth	Health and Life Science Partnership, Barcelona.
Jordana, Jacint	Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
Mata, Eduard	Agència Catalana de Seguretat Alimentària, Departament de Salut.
Pané, Olga	Consorci Hospitalari de Catalunya, Servei Català de la Salut.
Ramis, Oriol	Epirus CSS, SL, Barcelona.
Revuelta, Gemma	Observatori de la Comunicació Científica, Universitat Pompeu Fabra.
Segura, Andreu	Institut d'Estudis de la Salut, Departament de Salut.
Tor, Mercè	Àrea Salut Pública, Ajuntament de Lleida.
Tresserras, Ricard	Subdirecció General Planificació Sanitària, Departament de Salut.
Villalba, Joan R.	Agència de Salut Pública de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Estamos viviendo un tiempo importante para la reforma de los servicios de salud pública en Cataluña. Probablemente no se ha hecho un esfuerzo tan grande para situar la salud pública a la altura de las necesidades de la población, de la gestión de los riesgos para la salud y los retos que plantean las amenazas para la salud global.

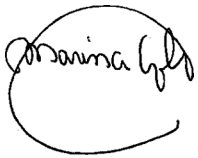
Con el inicio de la Administración actual se plantea la reforma estratégica y operativa de los servicios de salud pública con la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, heredera natural de la Agencia de Protección de la Salud, como una de las prioridades en el sector de la salud.

Este proceso, liderado por la Dirección general de Salud Pública, se caracteriza por la creación de un comité científico, un consejo consultivo y un órgano técnico con el encargo específico de diseñar las grandes líneas estratégicas y las recomendaciones operativas que han de permitir la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT). Estos instrumentos son los elementos estructurales básicos en esta etapa inicial.

En este documento se presentan los trabajos del comité científico. Este comité se constituyó para elaborar un documento que permitiese orientar las grandes líneas del proceso de la reforma de los servicios de salud pública. El encargo hecho a su presidente, el Dr. Josep Maria Antó, el cual ha realizado una magnífica labor, juntamente con su equipo, se hizo con la perspectiva de tener la visión lo más amplia posible y no tener más limitaciones que aquellas que procedían del conocimiento de nuestra realidad para hacer recomendaciones atrevidas y a la vez, realistas, fundamentadas en el conocimiento y la solvencia intelectual de sus miembros. Ellos han actuado con un doble papel: como miembros individuales, aportando sus conocimientos específicos, que no han estado exentos de la consulta, y como miembros de un equipo de trabajo, interactuando con el conjunto de documentos que ha proporcionado un producto colegiado de gran valor.

Los puntos sugeridos, que constituyeron el eje del encargo, entendiendo que son las perspectivas idóneas para orientar las tareas más específicas que conducirán a disponer de propuestas más operativas, se centraron en dos bloques. El primero, centrado en la salud pública como una prestación específica en el conjunto de los servicios públicos de salud, como la atención primaria de salud o la atención especializada. En este primer bloque se han incluido las políticas y la financiación, la organización y el marco normativo, y la cartera de servicios. El segundo, que considera dimensiones transversales al conjunto de servicios de salud, pero proporcionando la mirada desde la salud pública. Este segundo bloque incluye aspectos como la intersectorialidad, la investigación, la formación y la innovación, la participación y la comunicación.

Quiero agradecer a todos los miembros del Comité Científico sus destacadas aportaciones, que han de contribuir a orientar las actuaciones que realizamos para propiciar un mayor peso dentro de la salud pública, incluyendo la transformación de sus servicios.



Marina Geli i Fàbrega
Consellera
Departament de Salut
Generalitat de Catalunya

SALUD PÚBLICA 2010: UNA AGENDA ESTRATÉGICA PARA LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

Antoni Plasència, Josep M. Antó, Josep Lluis de Peray

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos más relevantes en el ámbito de la salud de los países industrializados en la última década ha sido el reconocimiento de la insuficiencia de los sistemas de salud pública. Si bien la salud pública ha sido claramente fundamentada y desarrollada científica y técnicamente durante los años 70 y 80, no ha sido hasta la década de los 90 que se ha producido un amplio reconocimiento de su importancia y de las debilidades de los sistemas actuales [1] Por eso, no es nada extraño que durante los últimos años se hayan producido esfuerzos relevantes en diversos países como Canadá [2] o el Reino Unido [3] orientados a redefinir las bases de los sistemas de salud pública para el siglo XXI. Resulta igualmente relevante, en este contexto, que en la Unión Europea se hayan dado pasos hacia la creación de una Agencia de Salud Pública al estilo de los Center for Diseaser's Control de los Estados Unidos.

El cambio de gobierno producido recientemente en Cataluña abre amplias posibilidades de impulso en las estructuras y funciones de la salud pública en Cataluña. Es un hecho notorio que hasta ahora la salud pública no ha sido una prioridad ni ha recibido la atención que le corresponde. Parecen pues, darse las condiciones adecuadas para una acción política enérgica y para el establecimiento de una política de fortalecimiento de la salud pública con una visión temporal a corto, medio y largo plazo. Este planteamiento requiere una Agenda Estratégica que sea algo más que un instrumento técnico de planificación y que se nutra de las capacidades profesionales, científicas y ciudadanas que en las últimas décadas la sociedad catalana ha ido desarrollando. Este proceso ha de contribuir a la necesaria visualización de una nueva perspectiva de los servicios de salud pública.

En este contexto, el Departamento de Salud, a través de su Dirección General de Salud Pública, se propone iniciar un proceso de consulta que contribuya a la mencionada Agenda Estratégica, enmarcando y apoyando la creación y puesta en funcionamiento de la futura Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT). Se sugiere llamar a este proceso: "Salud Pública 2010 (SP2010): una agenda estratégica para los servicios de salud pública en Cataluña".

¿QUÉ QUIERE SER SP2010?

La finalidad principal de SP2010 es doble: de un lado, apoyar científica y técnicamente al nuevo gobierno de Cataluña en la elaboración de una Agenda Estratégica de Salud Pública, y de otro, garantizar la participación de las entidades profesionales, científicas y sociales, y la movilización de sus capacidades en la mencionada Agenda. SP2010 ha de constituir un proceso coherente, con unos productos definidos a priori y con una infraestructura razonable para

alcanzar sus fines. Esta estrategia asesora ha de constituir uno de los referentes principales que, conjuntamente con la prioridad de gobierno expresada a través de la función de rectoría del Departamento de Salud – Dirección General de Salud Pública, contribuyan a dar contenidos de apoyo conceptual y operativo a través de la ASPCAT como el referente de la provisión de servicios de salud pública en Cataluña. La estrategia SP2010 se incorpora a la estrategia organizativa que ha de incluir, entre otros, la creación y despliegue de la ASPCAT.

Además, la estrategia ha de permitir señalar las líneas de trabajo que habrán de configurar el alcance de la ASPCAT como ente responsable de la gestión y provisión de los servicios esenciales de salud pública a través de la configuración de un marco legislativo y normativo adecuado, de la estructura organizativa y funcional, de la cartera de servicios, de la financiación, del modelo de compra de servicios, de la estructura de recursos humanos, de su encaje y coordinación en el conjunto de los niveles y departamentos de la administración pública y de los niveles asistenciales del sistema de salud y de un modelo de relaciones con los ayuntamientos y con la ciudadanía, entre otros ejes clave. Las características del despliegue de la estrategia organizativa se harán con criterios de calidad, coordinación, agilidad, efectividad, viabilidad, y de fomento de la innovación y de la investigación. La estrategia asesora y organizativa han de confluir en los diseños operativos que han de contribuir a la creación de la ASPCAT y la prestación real de servicios que formulen y ejecuten las políticas de salud pública.

CRITERIOS PARA EL MÉTODO DE TRABAJO DE SP2010

Estructura:

Consejo Consultivo amplio con criterios diversos: representatividad, experiencia, y liderazgo.

Comité Científico que actúe como motor de todo el proceso. El Comité Científico ha de tener una secretaría y un órgano técnico capaz de trabajar con rigor y eficacia.

La función del Consejo Consultivo es complementar y reforzar las propuestas del Comité Científico sobre los ámbitos temáticos predefinidos. Cada ámbito temático constituirá grupos de trabajo alrededor de los temas predefinidos:

1. Políticas y financiación
2. Modelos organizativos e instrumentos legislativos
3. Cartera y compra de servicios
4. Intersectorialidad
5. Participación y comunicación
6. Investigación, innovación y formación.

Cada grupo de trabajo ha de elaborar un informe técnico, correspondiente a un encargo específico y estará presidido y copresidido por dos miembros del Comité Científico.

El órgano técnico preparará un inventario de materiales que, por sus características, puedan ser relevantes en las etapas iniciales del proceso. Estos procederán de Cataluña como del resto

del Estado y de otros países que contribuirán a formalizar la agenda de trabajo, producirá los materiales de apoyo que se puedan necesitar y formalizará los productos finales elaborados por la Agenda Estratégica. El órgano técnico es, a la vez, el responsable de trasladar los productos del Consejo Consultivo y del Consejo Científico, a la DGSP y a la ASPCAT para que formen parte de la estrategia organizativa de los órganos de dirección y de participación correspondientes.

Proceso y calendario de trabajo:

Etapa 1: Constitución del Comité Científico y reunión de presentación. En el último trimestre de 2004 se celebró el plenario del Consejo Consultivo y Comité Científico, que incluye la presentación de:

1. El proceso estratégico que se inicia y el contexto en el cual se infiere.
2. Los contenidos estratégicos y operativos y la formulación de los encargos a los diversos grupos de trabajo que se propone constituir.
3. La organización, plan de trabajo la metodología a utilizar en esta etapa del proceso.

Etapa 2: Desarrollo de las actividades propuestas en la metodología de trabajo para el Comité Científico y para el Consejo Consultivo durente el primer semestre de 2005.

Etapa 3: El órgano técnico integra los documentos elaborados por los grupos de trabajo del Comité Científico en una propuesta conjunta.

Este proceso atiende a los siguientes criterios:

1. Visibilidad y publicidad amplia a través de la web con todos los materiales disponibles en catalán, castellano e inglés.
2. Participación de expertos en los grupos de trabajo que lo requieran con la finalidad de promover un enfoque basado en la mejor experiencia disponible,
3. Adopción de los criterios de salud pública basada en la evidencia,
4. Fuerte presencia y visibilidad en los ámbitos de la salud pública en los que haya la oportunidad de presentar el proceso y resultados iniciales.

REFERENCIAS.

1. Fielding JE. Public health in the twentieth century: advances and challenges. Annu Rev Public Health. 1999;20:XIII-XXX.

2. Canadian Institute of Health Research. The Future of Public Health In Canada. 2003.

3. Department of Health. Serving Lives: Our Healthier Nation. HMSO. 1999.

RESUMEN EJECUTIVO
LA REFORMA DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

INTRODUCCIÓN

En el sentido más amplio el concepto **salud pública** se refiere al proceso de movilización local, regional, nacional o internacional de recursos a fin de garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. Estos recursos, tanto los humanos como los materiales, tienen genuinamente como destinatario a la población en su conjunto y se traducen en servicios de promoción, prevención y protección de la salud. Los programas de vacunaciones, los programas de salud materno-infantil, los de planificación familiar, los de diagnostico precoz del cáncer de mama o las medidas de control de la calidad del agua, del aire y de los alimentos son sólo algunos de los ejemplos más conocidos de servicios de salud pública. A menudo estos servicios son mucho menos visibles y conocidos que los servicios médicos individuales pero su importancia para el mantenimiento de la calidad de vida de las sociedades es capital.

El cambio de ciclo político en Cataluña y en el Estado Español resultante de las elecciones del 2004, y el hecho de que la nueva coalición en el gobierno en Cataluña considere la salud pública como uno de los ámbitos prioritarios importantes, ha abierto unas posibilidades muy amplias por lo que respecta a la reforma de los servicios de salud pública y a la solución de sus deficiencias. En este contexto la Dirección General de Salud Pública creó un Comité Científico integrado por expertos de diferentes ámbitos de la salud pública a fin de analizar las reformas que habría que impulsar en el futuro. Este texto es un resumen de los aspectos más relevantes contenidos en el informe elaborado por este comité

SITUACIÓN ACTUAL Y CRITERIOS BÁSICOS PARA LA REFORMA DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

De las políticas a los servicios de salud pública.

En el futuro, los objetivos de las políticas de salud pública en Cataluña se habrían de articular entorno a tres grandes objetivos generales:

1. La reducción de las desigualdades de salud de manera que las diferencias existentes no se consoliden y no contribuyan a aumentar las desigualdades sociales y económicas ya existentes.

2. El control y eliminación de los riesgos ambientales y sociales que puedan tener un mayor impacto sobre la salud.

3. La mejora efectiva en la calidad de vida de todas las personas, favoreciendo las mejores condiciones de salud posibles. Para impulsar estos objetivos hay que favorecer la descentralización en la oferta de servicios y su gestión, vincular las actuaciones de salud publica a otras actuaciones asistenciales, diseñar las actuaciones e intervenciones con una perspectiva poblacional, y potenciar las implicaciones transversales de las intervenciones sobre la salud.

El ejercicio de las funciones de salud pública y la provisión de servicios exige la existencia de estructuras organizativas adecuadas. Las soluciones organizativas a menudo no son únicas y se derivan en buena parte de la tradición histórica y política de cada país. Uno de los aspectos más relevantes de las estructuras organizativas en salud pública es su disposición territorial. La reforma de la salud pública en Cataluña tiene en el plan organizativo una de sus claves. De un lado, hay que fortalecer las estructuras centrales garantizando las condiciones necesarias para ejercer las funciones de planificación y evaluación de las políticas de salud pública. En este terreno los cambios más importantes a considerar son la creación de una Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT) y la correspondiente reforma de la Dirección General de Salud Pública. Igualmente, será necesario que la organización actual en la que coexisten los servicios del Departamento de Salud con sus servicios territoriales y los municipios con servicios propios, de paso a una nueva distribución territorial de la salud pública basada en la Agencia de Salud Pública de Cataluña, los entes territoriales que correspondan y una red de proveedores locales de servicios de salud pública.

Un aspecto clave de la reforma de la salud pública es la financiación. Entre los profesionales de la salud pública existe la opinión generalizada de que las políticas de salud pública orientadas a la colectividad están seriamente infrafinanciadas y que es necesario un aumento importante del nivel de financiación. Lamentablemente, la información disponible sobre esta cuestión es muy limitada. Los datos disponibles sugieren que la media de gasto pública por habitante y año oscila entre los 15 € hab./año y los 17 € hab./año. Esta estimación no incluye la actividad de salud pública que se realiza desde la atención primaria ni la realizada a partir de planes directores que incluyen acciones de salud pública. La información disponible a nivel internacional es también muy limitada. Ante esta situación resulta de la máxima importancia que se realice un estudio exhaustivo del nivel de gasto actual en salud pública así como del nivel y los mecanismos de financiación necesarios.

La normativa legal actual y la estructura de los servicios de salud pública se basan en normas de principios del siglo XX, actualizadas a la posguerra. Las dos normas legales más recientes que hay que tener muy en cuenta son la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990, modificada parcialmente el 1995, y la Ley de Protección de la Salud (LPS) de 2003. Las propuestas de reforma de la salud pública que se lleven a cabo las han de tener en cuenta, y la formulación de la LPS permite contemplar un esquema transitorio basado en esta para después progresar en base a un marco normativo nuevo. Hay que tener también en cuenta que la Ley de la Carta Municipal de Barcelona de 1998 sustenta la peculiaridad de la estructura de los servicios de salud pública en la ciudad. A pesar de que la necesidad de una nueva ley de salud pública no resulta obvia habría de valorar hasta qué punto ésta puede resultar necesaria para facilitar el encaje de la Agencia de Salud Pública, la reordenación y modernización de la función de autoridad y la integración de las funciones en las nuevas estructuras territoriales. La creación de la ASPCAT se ha de hacer con la máxima coherencia garantizando que su rol

quede nítidamente definido estableciendo su misión, las competencias, las responsabilidades y poderes, la estructura organizativa, la financiación y la forma institucional más coherente con los elementos anteriores de manera que se favorezca el mejor desarrollo de las actividades en el marco del conjunto de instituciones públicas y se evite la recentralización de funciones y la internalización de tensiones políticas que han de quedar en la DGSP. La creación de la ASPC ha de implicar una mayor especialización de las funciones y actividades ya existentes, la asignación de nuevas funciones, el establecimiento de las relaciones con los otros niveles de administración y la aglutinación de las funciones de contratación que ahora se realizan para diversas entidades a escalas pequeñas e ineficientes y a menudo con un procedimiento contractual débil. La ASPCAT tendría que dotarse de un núcleo de funcionarios con el objetivo de poder también cubrir aquellas actividades que comporten el ejercicio de la autoridad que la legislación reserva a los funcionarios de la administración, autonómica o local.

EJES TRANSVERSALES DE LA SALUD PÚBLICA.

La importancia de la intersectorialidad en el ámbito de la salud pública es fácilmente demostrable por el hecho de que en la mayoría de ayuntamientos y también en la Generalitat de Cataluña, se encuentran competencias y responsabilidades de salud pública que no gestionan los respectivos departamentos de salud. A pesar de los esfuerzos realizados en este ámbito, la práctica de la intersectorialidad en Cataluña no se rige aún por una estrategia global y, en conjunto resulta insuficiente, fragmentaria, reactiva y desigual. Ante esta situación hace falta una acción más coherente y enérgica que permita pasar de las conceptualizaciones y los discursos, a las iniciativas concretas. Atendiendo a que en el pasado se han llevado a cabo algunas experiencias importantes, es necesario que donde se hayan producido resultados positivos se haga posible la ampliación y generalización de los enfoques y modelos adoptados. Es muy importante mejorar la información sobre la intersectorialidad en el ámbito de la salud pública y la realización de estudios específicos a fin de facilitar un diagnostico preciso de la situación así como la formulación de propuestas.

La participación tiene la potencialidad de mejorar la salud de las personas y de las poblaciones, porque supone una mayor implicación y, además, es un elemento necesario para alcanzar la autonomía y para ejercer la solidaridad. En el futuro, y en el marco de una reforma de la salud pública, habría que valorar la creación de un forum de participación ciudadana en este ámbito conjuntamente con entidades y asociaciones. Paralelamente convendría disponer de registros sobre las experiencias más importantes de participación ciudadana en el ámbito sanitario y de la salud, de las entidades y asociaciones implicadas, y de los recursos disponibles. A fin de promover que la participación tenga una importancia creciente en las políticas de salud pública hay que promover programas de investigación evaluativa y estudios sobre las expectativas y las motivaciones de las entidades implicadas. Igualmente fuera importante promover actividades de formación sobre participación entre los profesionales y los estudiantes. Para hacer todo esto posible, es necesario que la ASPCAT disponga de una unidad administrativa dedicada a la participación ciudadana, puede ser conjuntamente con los temas de comunicación. A medio plazo y con un planteamiento más estratégico se tendría que diseñar un plan de promoción de la participación.

El alcance de los aspectos relacionados con la comunicación en el ámbito de la salud pública es muy amplio y conviene distinguir tres tipos de comunicación según opere entre los diferentes servicios de salud pública, entre los servicios de salud pública y la comunidad de forma directa, o entre los servicios de salud pública y los medios de comunicación de masas. Hace falta un estudio a fondo del sistema actual de comunicación entre los diferentes organismos y servicios de salud pública analizando también las experiencias desarrolladas en otros sectores. En este sentido, una iniciativa a explorar es la llamada National Public Health Information Coallition (NPHIC) de Estados Unidos. Por lo que respecta a la comunicación con la población existen serias deficiencias y hay que promover la adopción de buenas prácticas en comunicación directa con la comunidad. En el ámbito de los medios de comunicación resultan dominantes la televisión y la prensa. De cara al futuro hay que definir una estrategia específica destinada a mejorar la relación entre el sistema de salud y los medios. Esta estrategia debería fomentar el conocimiento mutuo de los profesionales de la salud y los de la comunicación, promover una lectura crítica de los medios entre la sociedad, establecer sistemas que permitan detectar situaciones susceptibles de mejora, y incentivar la formación de los profesionales sanitarios en comunicación y de los profesionales de la comunicación en temas médicos o científicos.

Las actividades de salud pública se basan principalmente en un uso intensivo de los recursos humanos. La formación es una estrategia básica para disponer de profesionales competentes, por eso es necesario que los programas actuales de formación de los profesionales de salud pública respondan a las necesidades de la salud de la población y a la realidad de los servicios. Por lo que respecta a la formación especializada universitaria en salud pública uno de los programas más importantes es el Master en Salud Pública dirigido por la UPF en colaboración con otras instituciones. Junto con este master hay otros programas en ámbitos más específicos de la salud pública organizados por las diferentes Universidades e instituciones catalanas. A pesar de que la situación actual es razonablemente buena hay que establecer estrategias que permitan mejorar el impacto de los programas existentes en la práctica de los profesionales. Algunas de las iniciativas aconsejables para buscar esta mejora son: promover iniciativas que relacionen más estrechamente la formación en salud pública y la práctica profesional, establecer mecanismos de acreditación voluntaria de la calidad de los programas docentes, establecer una carrera profesional de salud pública que tenga en cuenta la actividad profesional, la formación continua y la investigación realizada, y potenciar nuevas estrategias educativas basadas en la utilización de las nuevas tecnologías de la información.

La investigación tiene un carácter estratégico para las políticas de salud ya que permite identificar y monitorizar los problemas de salud de la población y por lo tanto las necesidades y las prioridades, identificar sus determinantes y características, y evaluar la efectividad de las intervenciones incluyendo los propios servicios sanitarios. En Cataluña, los grupos de investigación de salud pública han alcanzado un buen nivel de calidad, relevancia y productividad, con algunas áreas en las que la visibilidad internacional de esta investigación es importante. Es necesario que en el futuro se lleven a cabo acciones de soporte orientadas tanto a hacer más sólida y estable la situación de los grupos de investigación en salud pública como también a facilitar la participación en la investigación de los profesionales que trabajan en este sector. La creación de la ASPCAT puede resultar una excelente oportunidad para reforzar y aglutinar la investigación en salud pública.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

1. El fortalecimiento de la salud pública exige una mejora de las funciones de planificación y evaluación de las políticas y los servicios. A fin de facilitar estas funciones, es de la máxima importancia disponer de sistemas de información de la más alta calidad. Hay que revisar los sistemas de información actuales y facilitar su mejora y ampliación.

2. Para garantizar una mejor equidad en la distribución de los servicios de salud pública es necesaria una estructura territorial adecuada. Es necesario que en los entes territoriales responsables de la gobernabilidad del sistema sanitario se integre la salud pública con los otros sectores sanitarios. Las funciones de gobierno, financiación y planificación de la salud pública han de ser estructuradas siguiendo las mismas líneas organizativas que el resto de funciones del Departamento de Salud. Por lo que respecta a la ASPCAT su estructura territorial tendrá que estar adaptada a sus funciones incluyendo la posible provisión y contratación de servicios.

3. Es necesario establecer un nuevo modelo de financiación de la salud pública que parta de un estudio detallado del nivel de financiación actual que sólo se conoce parcialmente. Este modelo de financiación tendrá que establecer unos criterios y un mecanismo presupuestario que evite la discriminación negativa de las actividades de salud pública frente a los servicios sanitarios clínico-asistenciales.

4. Las medidas y el alcance de los cambios que finalmente se adopten podrían hacer necesaria una nueva ley de salud pública. Entre los cambios que pueden jugar a favor de la necesidad de una nueva ley, destacan la creación de la ASPCAT, la reordenación y modernización de la función de autoridad o la integración de funciones dispersas en otras leyes y entes territoriales.

5. Hay que fortalecer las estructuras organizativas de salud pública a nivel central reformando la Dirección General de Salud Pública y ampliando su capacidad para diseñar y evaluar las políticas de salud pública. Es necesario que la DGSP, en las cuestiones de su ámbito, pueda hacer de árbitro del conjunto de instituciones públicas, establecer prioridades sobre asignaciones de recursos, y actuar como primera instancia de control y supervisión.

6. Es necesario que la ASPCAT tenga un rol bien definido que sea coherente como el conjunto de reformas y que disponga de un nivel adecuado de autonomía en los ámbitos de gestión y científico-técnicos así como, que se incorporen elementos de asesoramiento técnico altamente especializados.

7. La nueva organización territorial de la salud pública admite diversas formulaciones pero en cualquier caso, parece razonable que se adopte una fórmula homogénea para el conjunto del Departamento de Salud. El número de entes territoriales de salud puede variar, pero parece razonable disponer de unas 25-35 organizaciones que sirvan a poblaciones que tengan entre un mínimo de 20.000 personas hasta a un máximo de 1.700.000 personas en el caso de la ciudad de Barcelona. Estos entes territoriales tendrían que planificar las

actuaciones y asignar financiación en las diversas actividades, las cuales tendrían que ser desarrolladas bien por proveedores locales o bien por la propia ASPCAT. La ASPCAT tendría que disponer de una implantación territorial que le permita responder a las demandas de provisión de servicios tanto si provienen del nivel central como si son formuladas por los diferentes entes territoriales.

8. De cara al futuro más inmediato es aconsejable plantearse una oferta de servicios de salud pública que desarrolle al máximo las normativas de protección de la salud existentes en determinados ámbitos como los de la salud ambiental o la salud laboral. En el ámbito de la promoción de la salud y la prevención, donde el marco normativo es menos determinante, conviene establecer una oferta de servicios "de mínimos" que permita inicialmente consolidar una oferta de calidad y realista que se pueda ampliar progresivamente.

9. Para facilitar que la oferta de servicios de salud pública se haga sobre criterios de rigor científico y económico se recomienda establecer un proceso institucional de catalogación de servicios de salud pública utilizando las metodologías de la evaluación crítica de la evidencia y de priorización. Este catálogo debería estar alimentado y revisado de manera permanente y tendría que ser una de las bases para el desarrollo y la revisión de las carteras de servicios en los diferentes niveles organizativos.

10. Todos los niveles competenciales en salud pública, desde la Dirección General de Salud Pública y la ASPCAT, hasta los entes territoriales mencionados anteriormente, tendrían que disponer de una cartera de servicios. A fin de garantizar que las carteras de servicios se tradujeran en una adecuada prestación, hay que definir un modelo contractual de las actividades de salud pública.

11. Hay que preservar la función de autoridad y garantizar que ésta se pueda ejercer sin conflictos entre las funciones de financiación/contratación y de provisión. La experiencia de la ciudad de Barcelona parece positiva y extrapolable a otros entes. En el marco del ordenamiento normativo y legal actual, hay que tener presente la necesidad de que los profesionales y técnicos que desarrollan las funciones de autoridad sanitaria sean funcionarios, ya que se ha de preservar la presunción de veracidad de la autoridad, notablemente en el ejercicio de las actividades de inspección.

12. Hay que potenciar el rol de la atención primaria en la prestación de servicios de salud pública. La presencia en muchos CAPs de "técnicos de salud", a menudo con una formación especializada en el ámbito de la salud pública o en áreas cercanas, ofrece una oportunidad muy relevante para la mejora de la salud pública en Cataluña. Estos profesionales podrían ser incorporados al sistema de salud pública de una manera más efectiva y permitir un salto cualitativo en este ámbito.

13. Es necesario que las políticas de salud pública incorporen una dimensión intersectorial basada en el trabajo conjunto de todos los sectores implicados de manera que todos los sectores participantes identifiquen los beneficios de trabajar juntos. Para que el trabajo intersectorial sea posible hace falta que se creen mecanismos y estructuras estables que permitan gestionar la intersectorialidad y garantizar el trabajo cooperativo de las diferentes administraciones sectoriales.

14. Es necesario contribuir al desarrollo operativo del derecho a la participación ciudadana reconocido en la normativa legal que afecta el sistema sanitario de forma general (Ley General de Sanidad y Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña) y a la salud pública de manera específica (Ley de Protección de la Salud). Hay que hacerlo aprovechando las capacidades de la actual Agencia de Salud Pública de Barcelona y de la futura ASPCAT. Hay que favorecer, con la dotación de recursos específicos, la creación de grupos de trabajo con la finalidad de mejorar los conocimientos sobre participación y de proponer intervenciones específicas.

15. Conviene promover el desarrollo de buenas prácticas de comunicación en salud pública identificando agentes responsables de la comunicación en cada uno de los servicios de salud pública y disponiendo los recursos necesarios. Igualmente hay que planificar estrategias de comunicación con objetivos bien establecidos y criterios de evaluación de sus efectividades.

16. Hay que establecer mecanismos de acreditación de los programas de formación de salud pública, definir la carrera profesional en salud pública e incrementar el número de plazas de Medicina Preventiva y Salud Pública ofertadas en las convocatorias MIR de médicos residentes.

17. Hay que apoyar los grupos de investigación consolidados en salud pública y promover la participación de los profesionales en la investigación. También hay que mejorar la interacción entre los grupos de investigación y los entes responsables de desarrollar las políticas de salud. La Agencia de Salud Publica de Cataluña tendría que tener un rol relevante en temas de investigación a fin de ayudar a articular y promover las actividades mencionadas.

LA REFORMA DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

Documento de síntesis

Josep M. Antó

INTRODUCCIÓN

Desde el establecimiento de un régimen de libertades e instituciones democráticas en España y en Cataluña los servicios públicos esenciales como la educación y la sanidad han experimentado un crecimiento y una mejora muy considerable. En el caso de la sanidad se ha establecido un sistema de cobertura casi universal con prestaciones profesionales y técnicas similares a la de muchos países europeos que hace sólo tres décadas eran nuestros referentes. Entre las metas de estos procesos cabe destacar la vertebración de una amplia red de hospitales públicos con un alto nivel de prestaciones y especializaciones y la creación de una estructura de atención primaria que ha transformado radicalmente el primer nivel de contacto de los ciudadanos con el sistema de salud. El Estado de las Autonomías y la transferencia a las Comunidades Autónomas de la casi totalidad de las competencias sanitarias ha diversificado los servicios sanitarios en el Estado Español.

En Cataluña, entre los rasgos característicos del sistema catalán de salud conformado durante las últimas décadas, cabe destacar la notable mejora de la accesibilidad a la atención a la salud gracias a una amplia red de centros asistenciales distribuida en la mayor parte del territorio, integrando centros de titularidad diversa. No obstante, el sistema de salud catalán ha sufrido algunas deficiencias muy relevantes como el desarrollo lento y atrasado de la reforma de la atención primaria, una equidad territorial insuficiente y la ausencia de una estructura sólida de servicios de salud pública. El cambio de ciclo político en Cataluña y en el Estado resultante de las elecciones del 2004, y el hecho de que la nueva coalición en el gobierno en Cataluña considere la salud pública como uno de los ámbitos de actuación prioritarios ha abierto unas posibilidades muy amplias por lo que respecta a la reforma de la salud pública y a la solución de sus deficiencias.

Es en este contexto que la Dirección General de Salud Pública creó un grupo de trabajo integrado por expertos de diferentes ámbitos de la salud pública a fin de analizar las reformas que cabría impulsar en el futuro. El trabajo desarrollado ha sido estructurado en torno a una serie de ejes que responden a los principales puntos de la Agenda de la Dirección General de Salud Pública por lo que respecta a las reformas del sector y especialmente a la creación de una Agencia de Salud Pública a nivel de Cataluña. No obstante, hay que remarcar que una reflexión de este tipo y alcance no es la primera vez que se produce en Cataluña, ya que hay antecedentes en el desarrollo de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y en diversas reflexiones de interés [1 2 3 4]. La amplia coincidencia de criterios y el hecho de que algunos miembros del presente grupo de trabajo hayan estado implicados en estos antecedentes han facilitado el proceso desarrollado.

El encargo formulado al grupo de trabajo tenía como finalidad principal proporcionar elementos de análisis que facilitasen la acción del gobierno en este ámbito y por tanto el trabajo de este grupo se tenía que centrar en la situación actual de Cataluña. No obstante, hay que tener presente la existencia de un debate internacional sobre las deficiencias de las actuales estructuras de salud pública [5]. Este debate se centra en la dificultad de alcanzar un nivel de legitimación social, de recursos y de prestaciones proporcionales a los que en la mayoría de países de nuestro entorno se ha alcanzado en el sector asistencial. No son tampoco ajenas a este debate las últimas crisis de la salud pública que ha representando la encefalopatía espongiforme bovina, el síndrome agudo respiratorio grave, la gripe aviar o las amenazas globales del bioterrorismo. Así pues, a pesar del carácter local de esta aportación, es del todo deseable que el proceso de reforma de la salud pública en Cataluña esté presente en el ámbito internacional.

Algunos de los conceptos utilizados en este documento tienen a menudo significados diferentes según el contexto en el que se mencionen. Esto sucede, entre otros, con el concepto salud pública que a veces se refiere a la salud de la población y a veces a las acciones que la sociedad desarrolla para hacer frente a los problemas de salud. Las siguientes definiciones tienen como finalidad clarificar el sentido de algunos conceptos de uso frecuente en este documento.

- Salud pública se refiere al proceso de movilización local, regional, nacional o internacional de recursos a fin de garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población.

- Política de salud o de salud pública se refiere a un conjunto de acciones establecidas por un ente legislativo o administrativo y dirigido a las instituciones, entidades, o proveedores responsables de su ejecución.

- Programa de salud se refiere a un conjunto de actividades, habitualmente iniciadas por una organización o una institución, que casi siempre implican a un determinado número de proveedores y que va dirigida a grupos específicos de población.

- El concepto “práctica” o “práctica profesional” hace referencia a las actividades o procedimientos organizados, ya sea implícita o explícitamente, e implementados por un determinado proveedor o profesional.

- A pesar de que el concepto “servicios” tiene un significado más claro en el ámbito asistencial que en el de la salud pública, en este documento se ha hecho servir de manera frecuente para referirnos al conjunto de actividades e intervenciones proveídas por las estructuras de salud pública, ya sea en el marco de programas explícitos o como parte de las funciones habituales de estas estructuras. En algunas ocasiones, el concepto “servicios” se ha hecho servir para referirnos a las estructuras y a los recursos que permiten desarrollar las actividades.

SITUACIÓN ACTUAL Y CRITERIOS BÀSICOS PARA LA REFORMA DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

Las políticas de salud pública

El alcance de las políticas de salud pública existentes en un país, en un momento determinado de su historia viene fuertemente condicionado, no solamente por las prioridades, los valores o las estrategias que las organizaciones políticas gobernantes puedan impulsar, sino también por la conformación histórica y de sus funciones, tanto a nivel internacional como en la propia historia del país.

En Cataluña, las políticas de salud pública a menudo han sido el resultado de una compleja confluencia de factores diversos, tanto de carácter estrictamente sanitario como económico y social. Se suele hablar del Dr. Ramón de Teserach (S.XIV), médico contratado por el Consejo de Ciento, en función de la autoridad que se le reconocía y por su conocimiento, a fin de que aconsejase sobre las medidas a tomar en el control de las epidemias. A los profesionales que le han sucedido a lo largo de los siguientes siglos, cada vez mejor dotados técnica y científicamente, se les han otorgado - de manera muy variable - recursos y poderes para establecer medidas y para implementar actividades orientadas específicamente a mejorar o proteger la salud de la población.

Al lado de esta vertiente sanitaria de la salud pública también hay una dimensión más amplia que radica en el reconocimiento, hoy ampliamente aceptado, de que entre los determinantes de las enfermedades hay factores globales de orden social y económico. Un ejemplo claro de este tipo de factores, al que se le concede una importancia cada vez mayor como causa de pérdida de salud, es la pobreza. La consecuencia de esto es que se ha de contar igualmente con la importancia que las políticas, no directamente sanitarias, pueden tener para la salud de las poblaciones. Así, en 1854, la demolición de las murallas de Barcelona, no se puede explicar sin el alegato del médico municipal Pere Felip Monlau a propósito de las condiciones sanitarias que se vivían dentro de la ciudad amurallada. Pero la historia parece confirmar que no se puede entender la influencia de Monlau y de la salud pública si no se comprende la conjunción con otros factores contemporáneos como las necesidades de suelo industrial para levantar nuevas fábricas, el incremento de los alquileres por la escasez de vivienda, que los mantenía a precios inalcanzables para la clase trabajadora, o la pérdida de autoridad del ejército en un momento de reformas constitucionales.

La naturaleza diversa y multisectorial de los determinantes de la salud ha sido ampliamente asimilada por el cuerpo científico de la salud pública, desde las formulaciones de René Dubos y Thomas McKeown a otras más extendidas en las últimas décadas, en las que el conocimiento científico de la relación entre factores sociales y salud no ha parado de crecer. Por eso, comprender el alcance de las políticas de salud pública exige una visión amplia e integradora de las diferentes estrategias que pueden facilitar la mejora de la salud humana y evitar una visión reduccionista e idealizada a favor de los aspectos estrictamente sanitarios y biológicos. Con una visión amplia y a la vez integradora, que tenga presente todo el conjunto de factores sociales y sanitarios implicados en la aparición y la evolución de los problemas de salud, es posible recorrer a un amplio abanico de posibilidades de actuación a través de las políticas de salud pública. Estas polí-

ticas, en general combinan principios diferentes de política pública, cada una de ellas con sus ventajas y limitaciones, tales como la distribución de recursos, la regulación y la coordinación. En la actualidad los gobiernos desarrollan estas políticas de múltiples maneras, pero especialmente a través del establecimiento de reglas y la vigilancia del sector, o lo que es lo mismo, la publicación de normativas o legislaciones, la planificación de los servicios y actividades, la contratación monopsómica, es decir, la utilización de la capacidad de negociación que proporciona ser, en muchos casos, el comprador único de servicios de un proveedor y el financiador de los servicios.

De la larga evolución histórica en este ámbito y de la creciente intervención de los estados y las administraciones públicas han resultado un conjunto de funciones y servicios esenciales de la Salud Pública que han sido formuladas por el Institute of Medicine (IOM, EUA) y que se reflejan en la tabla siguiente [6]. Las funciones esenciales de la salud pública constituyen un marco importante para comprender el alcance que pueden y han de tener las políticas de salud en este ámbito [6 7 8].

Valorar las necesidades de salud. Monitorizar y valorar el estado de salud y sus determinantes. Diagnosticar e investigar problemas y riesgos para la salud.
Desarrollar políticas. Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud. Fomentar colaboraciones y alianzas para identificar y resolver problemas de salud. Desarrollar planes y políticas de salud pública que den soporte a los esfuerzos individuales y comunitarios en favor de la salud.
Garantizar la prestación de los servicios básicos. Aplicar las leyes y normas que protegen la salud y garantizan la seguridad. Conectar a las personas con los servicios sanitarios que necesitan y garantizar la provisión de los servicios básicos. Garantizar la competencia del personal que proporciona servicios de salud pública. Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios individuales y poblacionales.
Investigar de forma aplicada. Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

Esta propuesta genérica de funciones y servicios esenciales de la salud pública ha sido revisada en el contexto de Cataluña por un grupo de trabajo [1] que la resumió en las siguientes líneas de trabajo: a) la autoridad y la planificación sanitaria, b) la información sanitaria, c) la vigilancia epidemiológica, d) la promoción de la salud, e) la prevención de las enfermedades, f) la protección de la salud y g) el laboratorio de salud pública. Es sobre este conjunto de responsa-

bilidades de la salud pública moderna que hay que revisar sus fortalezas y carencias en Cataluña para formular nuevas propuestas.

Los objetivos de las políticas de salud pública en Cataluña, teniendo en cuenta los precedentes existentes y el conjunto de funciones esenciales, se deberían articular en torno a tres grandes objetivos generales orientadores:

- La reducción de las desigualdades en términos de salud de manera que las diferencias en términos de salud no confirmen o sean multiplicadores de las desigualdades sociales y económicas ya existentes.

- El control y eliminación de riesgos ambientales y sociales que pueden tener impactos directos o indirectos sobre la salud.

- La investigación de una mejora efectiva en la calidad de vida de todas las personas de nuestra sociedad, favoreciendo las mejores condiciones de salud posibles.

Para impulsar los objetivos concretos vinculados a los mencionados objetivos generales, se considera que, siempre que sea posible, hay que aplicar una serie de criterios comunes al conjunto de las políticas, las intervenciones, los programas, los servicios y otras actuaciones que se lleven a cabo. Estos criterios comunes son: favorecer la descentralización en la oferta de servicios y su gestión, vincular las actuaciones de salud publica a otras actuaciones asistenciales, diseñar las actuaciones e intervenciones con una perspectiva poblacional, y considerar las implicaciones transversales de las intervenciones y estimularlas.

Los servicios de salud pública y las carteras de servicios

Si bien es relativamente sencillo llegar a un acuerdo por lo que respecta a la tipología de las funciones de salud pública, lo es mucho menos definir cuáles son las actividades concretas en que se han de traducir. A pesar de que hay un amplio consenso en la determinación de algunas de las actividades de la salud pública como el saneamiento del agua, las vacunaciones o los registros de mortalidad y sus causas, esta situación no es extensiva al conjunto de actividades que hoy en día conforman el mosaico de prestaciones de salud pública de nuestro sistema sanitario. En algunos casos la dificultad para establecer qué actividades han de ser desarrolladas radica en la falta de adaptación de los servicios disponibles a los cambios que experimentan los problemas de salud, en otros el problema es la aparición de nuevas intervenciones o tecnologías que no han sido suficientemente evaluadas desde el punto de vista de su efectividad y seguridad, en otros porque a pesar de disponer de esta evidencia, las posibles ganancias sobre otras alternativas o bien la relación entre el coste y las ganancias resultan dudosas. Ante estas dificultades y a fin de integrar la información que continuamente proporciona la investigación, cada vez más las sociedades científicas y profesionales han desarrollado guías y recomendaciones basadas en diversas metodologías para aconsejar cuáles han de ser los servicios esenciales. Consecuentemente, podemos saber qué prestaciones tienen una validez suficiente, a pesar de que también es cierto que todas las intervenciones, las que se aceptan de forma consensuada y las que no, han de ser sometidas a una revisión permanente de su vigencia y eficiencia.

Adicionalmente, y desde la integración de nuestro país a la Unión Europea, no es sólo el ordenamiento jurídico propio el que determina, en algunos casos, qué servicios hay que ofrecer, sino que las políticas de la Unión Europea generan la necesidad de adaptación permanente. Por lo tanto, la definición de qué prestaciones han de ser proveídas y a qué nivel se han de ejecutar (local, autonómico o estatal) es producto de la legislación vigente, del desarrollo de políticas de salud que tratan de adaptar los recursos a las realidades cambiantes y, finalmente, del modelo político y territorial del país.

En general, una intervención habría de ser incorporada como prestación de salud pública siempre que sea efectiva y segura, se puedan precisar los límites de la actividad y el organismo competente, sea más eficiente que otras alternativas, responda a una necesidad a cubrir y se disponga de recursos para poderse ofrecer y resulte aceptable para a la población. Cuando alguna de las actividades de salud pública habituales deja de cumplir estos requisitos su prestación debería ser revisada y eventualmente, si corresponde, retirada.

Resulta obvio que en el ámbito de la salud pública no disponemos de todos los servicios que son necesarios, y que no todos los que disponemos están justificados. En la práctica, el conjunto de servicios de salud pública que ofrece el sistema de salud es el resultado de influencias y decisiones de orden muy diverso. De un lado la continuidad de actividades realizadas en el pasado, qué permanencia tiene a veces un elevado componente de inercia. Otras veces son el resultado de decisiones políticas puntuales en respuesta a fuertes demandas sociales o a situaciones de emergencia y alarma. De manera creciente, algunos servicios nuevos son establecidos porque la experiencia internacional y la literatura científica aconsejan sobre su conveniencia. No obstante, hay que remarcar que en el ámbito de la salud pública no existe un sistema de demanda-oferta como el que existe en el sector asistencial. Además, como que ambos sectores están incluidos en un mismo presupuesto, el hecho de que la estructura presupuestaria del sector asistencial muestre un crecimiento constante de los servicios y el gasto, hace que en la práctica la prestación de servicios de salud pública se vea negativamente discriminada.

El proceso para decidir qué servicios se han de proveer ha de ser dinámico y alerta, tanto a la identificación de nuevas necesidades, como a las evidencias disponibles sobre las posibles soluciones y su efectividad. Este tipo de información es cada vez más abundante gracias al desarrollo de los sistemas de información y al crecimiento de la investigación epidemiológica y de salud pública. En algunos casos, el conjunto de circunstancias que envuelven las decisiones de proveer o no un determinado tipo de servicio hacen las opciones particularmente difíciles. En el caso de los efectos de la contaminación ambiental o de la contaminación de los alimentos sobre la salud, a menudo hay una disparidad entre la dificultad y el tiempo necesario para acumular la evidencia científica necesaria para las intervenciones, y la necesidad de anticipación y de prevención de los efectos perjudiciales. En este ámbito la Unión Europa ha optado por dar una importancia creciente al principio de precaución como estrategia política para afrontar los riesgos ambientales y de salud.

Es también muy importante señalar que en el ámbito de la salud pública a menudo se produce un conflicto debido a que las intervenciones que protegen la salud de la población con un alto grado de evidencia sobre su adecuación, al mismo tiempo pueden suponer restricciones para determinados grupos, personas o corporaciones lo que comporta una mayor dificultad para

su aceptación e implantación. Estos conflictos son a menudo importantes y ponen de manifiesto la importancia de que las políticas de salud pública incorporen además de consideraciones científicas, técnicas y económicas, consideraciones culturales y éticas.

En Cataluña, durante los últimos años, ha sido cada vez más frecuente que las administraciones fijen los servicios que proporcionan en lo que se ha denominado cartera de servicios. Tradicionalmente, la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud se ha organizado en tres áreas: promoción de la salud, protección de la salud y vigilancia epidemiológica. A partir del año 2001, a estas tres áreas se incorporó la planificación sanitaria, y en el año 2004 se creó la Dirección General de Planificación y Evaluación. Por lo que respecta a los servicios proporcionados, existe un inventario de las actividades principales que ha llevado a cabo el Departamento de Salud. Algunas unidades de la Dirección General de Salud Pública y de algunos municipios utilizan carteras de servicios informales, basadas más en las funciones que no en las competencias. También desde la Agencia de Salud Pública de Barcelona se ha hecho un esfuerzo para definir una cartera de servicios [9], donde se agrupan las actividades que se ofrecen desde esta entidad.

Por su parte, el CatSalut elaboró una cartera de servicios que incluye las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de un análisis detallado de las intervenciones recomendadas en el Plan de Salud de Cataluña. En esta cartera, que dispone de un programa informático asociado, se relacionan los objetivos y las intervenciones recomendadas con las líneas de producto que incluyen: la atención primaria, la atención especializada, la salud mental, la atención sociosanitaria, la atención farmacéutica y algunos otros programas del Departamento de Salud.

Por otro lado, la orientación de la reforma de la atención primaria junto con la transposición a sus contratos asistenciales de algunos de los objetivos operativos del Plan de Salud de Cataluña, han favorecido que en este nivel de asistencia se realicen muchas actividades preventivas de tipo individual como las vacunaciones y los cribajes. Igualmente, los hospitales realizan algunos programas de prevención contenidos en el Plan de Salud. Tanto la atención primaria como el hospital son proveedores de información crítica por el sistema de vigilancia para la salud. En conjunto, la incorporación de actividades preventivas a los servicios asistenciales ofrece muchas oportunidades para mejorar la salud de la población que han de ser aprovechadas en Cataluña. No obstante, conviene no confundir su rol de prestación de servicios a nivel individual con el de los servicios de salud pública.

De cara al futuro, hay que fortalecer y ampliar la provisión de servicios de salud pública. En el ámbito de la protección de la salud parece razonable implementar y cumplir al máximo con la normativa existente. Por lo que respecta a los servicios de promoción y prevención conviene, al menos inicialmente, establecer unos criterios de mínimos que garanticen la prestación de aquellos servicios que sean considerados adecuados. A pesar de que, en principio se ha de partir de una cartera homogénea para el conjunto de Cataluña, no hay que perder de vista que en algunos casos hay que tener en cuenta las variaciones territoriales de las necesidades de salud haciendo más énfasis en unas u otras actividades en función de las necesidades de la población.

A pesar de que en este documento se ha abordado la cuestión de los servicios de salud pública de una manera genérica, sin considerar de manera específica la problemática de los diferentes tipos de servicios, se ha de hacer referencia a los sistemas de información atendiendo a su importancia estratégica para el conjunto del sistema. Durante las últimas décadas, paralelamente a la mejora de los servicios sanitarios se ha producido una notable mejora de los sistemas de información sanitaria que en la actualidad incluyen la información sobre la mortalidad, la información de la utilización de los servicios sanitarios y la información sobre los problemas de salud. El alcance de esta información se puede constatar en el Plan de Salud que de manera periódica tanto a nivel de Cataluña como en algunos ayuntamientos permite integrar la información disponible, en una lógica de identificación de las necesidades y de seguimiento del impacto de las políticas y los servicios.

No obstante, a pesar del importante esfuerzo realizado en este campo, hay deficiencias importantes que limitan el rendimiento de un mejor conocimiento de las necesidades y de la utilización de los servicios. Estas deficiencias son de dos tipos. De un lado los mecanismos de utilización de la información disponible son insuficientes. El hecho más destacado en este punto es la insuficiente traducción que el Plan de Salud tiene en las políticas de salud, lo que podría acabar reduciéndolo a un ejercicio técnico-académico llegando incluso a amenazar su propia razón de ser. En este sentido, hay que revisar en profundidad el proceso de elaboración del Plan de Salud estableciendo los mecanismos para que la información que proporciona tenga el mayor impacto posible en la mejora de las políticas y los servicios de salud en general y de salud pública. De otro, hay que impulsar mejoras en algunas fuentes de información e incorporar nuevas y ampliar las experiencias ya iniciadas para incorporar a las encuestas de salud la determinación de parámetros biológicos y de medidas funcionales relevantes para el conocimiento de los problemas de salud más importantes. También hay que potenciar la conectividad entre las fuentes de información, de manera que se puedan realizar estudios de tamaño suficiente y de alcance poblacional a un coste razonable, incorporando los avances del análisis geográfico de la información, tanto para el seguimiento descriptivo de los problemas de salud como para el estudio del impacto en la salud de los determinantes ambientales. Es de la máxima importancia que se facilite el estudio y la monitorización de las desigualdades sociales en el estado de salud y sus determinantes de manera que se pueda trasladar este conocimiento a las políticas de salud y de salud pública. Atendiendo a la importancia de los sistemas de información para el conocimiento de las necesidades y el diseño de políticas de salud hay que considerar la mejora de los sistemas de información y del Plan de Salud como una prioridad.

Las estructuras organizativas en salud pública

El ejercicio de las funciones de salud pública y la provisión de servicios exige la existencia de estructuras organizativas adecuadas. Las soluciones organizativas a menudo no son únicas y se derivan en buena parte de la tradición histórica y política de cada país. Uno de los aspectos más relevantes de las estructuras organizativas en salud pública es su disposición territorial. En general, hay que distinguir tres niveles: central, regional y local. El central corresponde a las actividades que se realizan o pueden hacerse mejor de forma centralizada por razones de competencia, especialización y economía de escala y masa crítica. Incluye buena parte de las acciones de elaboración y evaluación de políticas y programas, así como su ejecución cuando su

alcance es el conjunto de la población y el territorio. Incluye también la gestión de las bases de datos y sistemas de información. El soporte del laboratorio tiene sentido plantearlo de manera centralizada a fin de alcanzar economías de escala, especialmente con la tendencia a la especialización y automatización que los costes y las necesidades de acreditación plantean. El nivel local es aquel en el que se ejecutan las acciones que materializan políticas y programas, a menudo también el que genera la información que sustenta las bases de datos. El regional ocupa un espacio intermedio entre el central y el local.

No obstante, la distribución territorial de los servicios de Salud Pública varía en cada país en función de sus tradiciones y características. La tradición federal de Estados Unidos ha facilitado el soporte técnico central a los servicios locales en la vigilancia epidemiológica [10]. Es el paradigma el personal del CDC que da soporte directo a los servicios locales en determinadas situaciones, pero también la red de Internet que opera el CDC. En la tradición francesa destaca el cuerpo centralizado de funcionarios de alta excelencia técnica y con criterios y protocolos unificados, aplicada al caso del control alimentario. La tradición británica se ha caracterizado por la promoción de los profesionales directivos con formación en salud pública pero cercanos a los servicios sanitarios, capaces de velar por una visión poblacional de los servicios asistenciales de relevancia sanitaria que va más allá de su rendimiento clínico individual.

En el estado Español, la distribución territorial de los servicios de salud pública ha estado influenciada por la organización en ámbitos territoriales comarcales o de sectores sanitarios en cada una de las Comunidades Autónomas que reformaron sus servicios de salud pública después de recibir las transferencias de la administración central. En la Comunidad Valenciana se crearon estructuras de ámbito comarcal propias de los servicios de salud pública. En Andalucía se hicieron estructuras basadas en el distrito sanitario, equivalente a nuestro sector sanitario, agrupando los servicios de salud pública de forma más cercana a los servicios asistenciales [2].

En el caso de Cataluña, hay que distinguir dos niveles de organización de los servicios de salud pública: los centrales y los regionales/locales [11]. Hay que tener en cuenta que la administración central del Estado tiene en Cataluña un papel muy reducido y restringido en la sanidad exterior. Por lo que respecta al nivel central, su ámbito territorial corresponde al conjunto de Cataluña y en ellos se concentran las funciones normativas y los servicios más especializados como la mayoría de los sistemas de información o tareas de laboratorio, que han de dar soporte a los servicios regionales/locales ante situaciones que los ultrapasen. Esta distribución responde tanto a razones competenciales como economías de escala. La búsqueda actual de una expresión organizativa nueva para la realidad metropolitana añade complejidad.

Por lo que respecta a las estructuras organizativas de la salud pública a nivel central, además del Departamento de Salud con la Dirección General de Salud Pública, hay que tener presente que en los últimos años se ha creado la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (Ley 20/2002 de Protección de la Salud), a raíz de la ola de agencias similares creadas en Europa como respuesta a las graves crisis alimentarias que se han producido en los últimos años con, un componente intersectorial bastante elevado. Más recientemente, también se ha creado la Agencia de Protección de la Salud (Ley 7/2003 de Seguridad Alimentaria), aún en proceso de despliegue, para dar respuesta a los problemas de coordinación entre los diversos niveles de la administración pública con responsabilidades sobre salud pública en Cataluña, y para impulsar

un organismo de protección de la salud con más capacidad operativa. Paralelamente, en la ciudad de Barcelona se ha creado finalmente una Agencia de Salud Pública para la ciudad, con un modelo organizativo más integrado y con un techo competencialmente elevado, aunque con unas responsabilidades más limitadas que las que corresponden a una comunidad autónoma.

Para los servicios regionales/locales su ámbito territorial corresponde en general a una región sanitaria (en el caso de Barcelona la ciudad), un sector sanitario o una agrupación operativa de sectores. Este ámbito incluye una estructura que es capaz de relacionarse, por una parte, con los servicios centrales, y por otra, de ejecutar los servicios. Los ayuntamientos grandes y medianos suelen tener servicios propios [12]. De forma no homogénea, los servicios de salud pública tienen también una expresión en las estructuras propias de los servicios sanitarios asistenciales: ya sea en las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud, o en el caso de los proveedores de servicios de atención primaria como el Instituto Catalán de la Salud en los servicios de atención primaria (SAP). En las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud suele haber profesionales o unidades que velan por la cobertura de diversos programas y actividades de gran interés para la salud pública y cuya ejecución suele estar ligada a los servicios clínicos. En las SAP suelen haber profesionales vinculables al primer grupo. Hay que decir también que algunos de proveedores diferentes del Instituto Catalán de la Salud no tienen profesionales vinculados a la salud pública. Los equipos de atención primaria desarrollan funciones de ejecución de determinados programas de salud pública, sustituyendo algunas de las funciones de los sanitarios locales que están integrados: este aspecto ha sido analizado recientemente [13].

La reforma de la salud pública en Cataluña tiene en el plan organizativo una de sus claves. Por un lado hay que fortalecer las estructuras centrales garantizando las condiciones necesarias para ejercer las funciones de planificación y evaluación de las políticas de salud pública. En este terreno los puntos más importantes son la creación de una Agencia de Salud Pública de Cataluña y la correspondiente reforma de la Dirección General de Salud Pública. Igualmente, siguiendo la estrategia general del Departamento de Salud, de gestión territorial compartida con ayuntamientos, será necesario que la organización actual en la que coexisten los servicios del Departamento de Salud con sus delegaciones territoriales y los municipios con servicios propios, de paso a una nueva estructura basada en la Agencia de Salud Pública de Cataluña, las veguerías, los entes territoriales de salud, y una red de proveedores locales de servicios de salud pública.

Otro aspecto clave es el de la financiación. Entre los profesionales de la salud pública existe la opinión generalizada que, comparativamente con las políticas sanitarias asistenciales orientadas a los pacientes, las políticas de salud pública orientadas a la colectividad están seriamente infrafinanciadas. Lamentablemente, la información disponible sobre esta cuestión es muy limitada. Según datos del año 2004, procedentes del presupuesto del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña se puede deducir que el total de su gasto destinado a salud pública durante este año fue de 66.217.000 €. La gestión de este presupuesto corresponde a la Dirección General de Salud Pública, a la Secretaria General y a los Servicios Territoriales del Departamento de Salud. De esta cantidad se destinan 10.994.000 € a la financiación de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Por lo que respecta al gasto de los ayuntamientos, la información es aún más limitada y la estructura del gasto en salud pública es posiblemente muy dispersa. El estudio de Líndez y colaboradores publicado ya hace unos años concluyó que el

gasto directo municipal en salud pública oscilaba entre 3,6 y 6 € por habitante y año [12]. Un estudio de reciente publicación hecho por la Diputación de Barcelona, señala que los municipios de más de 20.000 habitantes, incurrieron en un gasto en el año 2001 en salud pública de 10,2 € habitante /año (un total de 24.302.968 €), el 58% del cual se dirigía a financiar actividades competenciales propias y al resto de actividades que no forman parte de sus competencias[14]. El mismo trabajo también analizaba los gastos de los municipios entre 10.000 y 20.000 habitantes situando el gasto de salud pública en 5,7 € habitante /año (un total de 3.157.166 €), destinando en este caso el 63% de los fondos a actividades que sí les eran propias.

Los datos del Departamento de Salud sugieren que la media de gasto público por habitante, incluyendo las vacunaciones, oscila entre los 15,6 € habitante/año y los 17 €; en Barcelona seria de 15,5 €. Cabe señalar que en estas estimaciones no se incluye el gasto de actividades de salud pública que se realizan desde la atención primaria. Hay que decir que la información disponible a nivel internacional es también muy limitada y que la propia estructura de los servicios de salud pública hace difícil obtener esta información. Ante esta situación resulta de la máxima importancia que se realice un estudio exhaustivo del nivel de gasto actual en salud pública, así como del nivel y los mecanismos de financiación necesarios.

La normativa legal actual y la estructura de los servicios de salud pública se basan en normas de principios del siglo XX, actualizadas a la posguerra. Las dos normas legales más recientes que hay que tener muy en cuenta son la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990, modificada parcialmente en 1995, y la Ley de Protección de la Salud (LPS) de 2003. Las propuestas de reforma de la salud pública que se lleven a cabo las han de tener en cuenta, y la formulación de la LPS permita contemplar un esquema transitorio basado en ésta para después progresar en base a un marco normativo nuevo. Hay que tener también en cuenta que la Ley de la Carta Municipal de Barcelona de 1998 sustenta la peculiaridad de la estructura de los servicios de salud pública en la ciudad. Convendría revisar la LPS, hoy con más perspectiva temporal, para valorar hasta qué punto algunas partes de esta ley no estuvieron demasiado influidas por el modelo de gestión de los servicios de asistencia sanitaria, a pesar de que su lógica de provisión de bienes públicos no fuera la misma.

A pesar de que la necesidad de una nueva ley de salud pública no resulta obvia habría que valorar hasta qué punto ésta puede resultar necesaria por motivos como la creación de una agencia para la salud pública, la reordenación y modernización de la función de autoridad o la integración de funciones dispersas en otras leyes y entes territoriales.

La Agencia de Salud Pública de Cataluña

Uno de los elementos más relevantes en la agenda del Departamento de Salud por lo que respecta a la salud pública es la posible creación de una Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT) que permita materializar un mayor soporte político a este ámbito. Es por este motivo que, respondiendo al encargo recibido por el grupo de trabajo, es necesaria aquí una reflexión más detallada sobre las ventajas y las limitaciones de esta opción.

No hay duda que el concepto "agencia", aplicado para definir estructuras organizativas de las administraciones públicas, ha alcanzado en los últimos años mucho atractivo. La primera difusión de este concepto, especialmente durante los años ochenta, se produjo en diversos países anglosajones, como Gran Bretaña o Australia, en el marco de amplias iniciativas de renovación de las políticas públicas, que incluía también una vertiente organizativa, de renovación de la propia administración pública. Así, las next step agency, basadas en los principios de la nueva gestión pública, fueron un conjunto de iniciativas impulsadas por los gobiernos ingleses, que querían potenciar la descentralización y la autonomía en la gestión, la utilización de los mecanismos de mercado y la medida constante de los rendimientos como forma de mejorar la gestión pública. Ya en los años noventa, los principios de la nueva gestión pública se han extendido por todo el mundo, y con ellos, el concepto de agencia como fórmula organizativa a impulsar. A pesar de que se trata de una fórmula a menudo idealizada, en muchos casos recoge los ánimos de cambio y renovación de las administraciones públicas.

Asumiendo algunas características de la nueva gestión pública, y rompiendo con los modelos jerárquicos y homogeneizadores de las administraciones tradicionales, el modelo de agencia tiene dos elementos de identificación claves: una identidad organizativa claramente propia y distintiva, separada de la estructura departamental de la administración, y la presencia de profesionales altamente especializados en las tareas que son específicas de la organización.

Otros aspectos pueden variar, según la naturaleza de la agencia, así como sus responsabilidades y finalidades, pero en cualquier caso, es importante de señalar que uno de los aspectos que encontramos de forma más habitual en las agencias es que tienen una misión bien definida, claramente especificada y libre de tensiones políticas, o de conflictos de preferencias sobre los objetivos a alcanzar. También hay que señalar que las agencias pueden desarrollar un amplio abanico de actividades y que, según su especialización, se puede distinguir entre diferentes tipos de agencias tales como: reguladoras, implementadoras, evaluadoras, asesoras y coordinadoras. El hecho de que una agencia incorpore unas u otras acciones tiene implicaciones organizativas y de gestión importantes.

En general, el papel del político es menor en las organizaciones que toman la orientación de agencia, ya que habitualmente existe un cierto grado de delegación de funciones a los técnicos y profesionales que son responsables. Ahora bien, esto tiene sentido, y puede funcionar correctamente, siempre y cuando no exista un debate político, o dilemas sobre criterios y valores, en el interior de la agencia. En la medida que estas tensiones, habituales en muchos ámbitos de la política pública estén presentes, su gestión tiene una naturaleza política que hace más adecuado que la responsabilidad directa esté en manos de los propios cargos políticos y del conjunto de instituciones políticas especializadas en tratar este tipo de dilemas.

Por una parte, su grado de legitimación es muy superior para hacerlo directamente, por otra parte, trasladar a una agencia funciones que tienen una dimensión esencialmente conflictiva puede bloquear su capacidad de resolver los problemas de tipo básicamente técnico.

Es de la máxima importancia que al crear la ASPCAT su rol quede nítidamente definido. La definición de este rol implica al menos establecer los siguientes elementos: la misión que orienta de forma central los objetivos de la organización; el conjunto de sus competencias, incluyen-

do su contenido y el ámbito en el que se desarrollan; las responsabilidades y poderes que se le atribuyen para llevar a cabo las intervenciones públicas que se le confían y para alcanzar los objetivos que se le establezcan; la estructura como manera de dividir y, posteriormente, coordinar el trabajo para realizar actividades correspondientes a las funciones asignadas; un sistema de financiación que garantice la obtención y el mantenimiento de los recursos para llevar a cabo las actividades; y, finalmente, una forma institucional que ha de ser coherente con los elementos anteriores y permitir el mejor desarrollo de las actividades en el marco del conjunto de instituciones públicas.

Por lo que respecta al alcance de los aspectos anteriores existe un amplio abanico de posibilidades tanto por lo que respecta a sus funciones como a su tamaño. Cada opción tiene ventajas e inconvenientes que hay que valorar cuidadosamente. En el caso de optar por una alternativa de máximos, construyendo una macroorganización que integre muchas de las responsabilidades que ahora están a diferentes niveles de gobierno, habría que tener presente la complejidad que se derivaría tanto de la inevitable recentralización de funciones como de la posible internalización de tensiones políticas dentro de la mencionada organización.

A la hora de crear la ASPCAT ya se dispone del antecedente de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, cuya experiencia ha de permitir valorar hasta qué punto, más allá de una estructura de gestión más flexible, el modelo de agencia puede servir o no como referencia para desplegar un modelo de funciones de salud pública integradas a escala catalana. En este punto hay que tener presente que el cambio de escala de Barcelona, ciudad en Cataluña, implicaría una mayor especialización de las funciones y actividades que habría que llevar a cabo, así como la aparición de nuevas funciones que requieran más atención, como las relaciones entre diferentes niveles de administración, o la conexión con colectivos empresariales y profesionales muy variados. Igualmente, la agencia tendría que jugar un papel clave en la aglutinación de las funciones de contratación de muchos servicios que hoy en día se realizan por diversas entidades a escalas pequeñas e ineficientes y, a menudo, con un procedimiento contractual débil. Contrataciones o licitaciones más amplias, podrían fomentar la estructuración de un sector de proveedores más potente y a la vez, con equipamientos y recursos más actualizados y competitivos. La ASPCAT tendría que dotarse de un núcleo de funcionarios con el objetivo de poder también cubrir aquellas actividades que comportan el ejercicio de la autoridad que la legislación reserva a los funcionarios de la administración, autonómica o local.

EJES TRANSVERSALES DE LA SALUD PÚBLICA.

La intersectorialidad.

Los procesos relacionados con la salud se caracterizan por su complejidad, la amplia dimensión social y la multiplicidad de sus componentes de manera que difícilmente se pueden resolver por acciones exclusivas del sector salud. Esto ha motivado que cada vez se promueva con más énfasis, desde la salud pública, un abordaje intersectorial de los problemas de salud, entendiendo la intersectorialidad como una “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. Desde esta perspectiva la inter-

sectorialidad deviene una nueva lógica para la gestión que busca superar la fragmentación de las políticas sectoriales, considerando el concepto "salud" en su totalidad, y buscando una nueva manera de planificar, ejecutar y coordinar la prestación de servicios.

La importancia y el interés por la intersectorialidad no es una cuestión meramente académica ya que fácilmente podemos constatar que en nuestro entorno, en muchos ayuntamientos y también en la Generalitat de Cataluña, se encuentran competencias y responsabilidades relacionadas, directa o indirectamente, con la salud pública que no corresponden al Departamento de Salud. Son ejemplos algunas políticas en los ámbitos de enseñanza, de trabajo, de bienestar social, de agricultura, de política territorial, de industria, de comercio, de turismo, de gobernación y de medio ambiente, áreas en las que diversas estructuras administrativas diferentes de las sanitarias tienen responsabilidades sobre la salud pública.

El interés por desarrollar de una manera más activa el enfoque intersectorial de los problemas de salud se puede observar en la evolución del Plan de Salud desarrollado en Cataluña. En el apartado de evaluación del Plan de Salud 1996-98, se incluía un apartado de análisis de las actuaciones intersectoriales durante el período 1993-95 que se resumía en dos comisiones interdepartamentales y algunos convenios sobre promoción de la salud, salud laboral, drogodependencias y salud mental. Por su parte, el Plan de Salud 1999-2001, establecía cinco acciones instrumentales prioritarias, que se consideraban necesarias para el alcance de los objetivos planteados, una de las cuales era la cooperación y coordinación intersectorial en siete ámbitos concretos: anorexia y bulimia, maltratos infantiles, sanidad ambiental, seguridad y salud laboral, salud en la escuela (PESE), seguridad viaria y hábito tabáquico. En el Plan de Salud 2002-05, teniendo en cuenta, si en el ámbito de la parte expositiva, se manifestaba la necesidad de trabajar de forma intersectorial o si, en los objetivos, actividades o intervenciones prioritarias se fijaban parámetros que comprometen a otras políticas sectoriales, se puede observar que sobre 29 áreas de intervención, en 10 se hace mención de la importancia de la intersectorialidad en la exposición del alcance del problema y su orientación estratégica. Además, en 14 aparece algún objetivo o actividad que obliga a una organización de un sector administrativo "extrasanitario". Las intervenciones prioritarias que obligan a otras políticas sectoriales se apuntan en 11 áreas. Por último, se mencionan estructuras estables de gestión de la intersectorialidad en 5 de las áreas. Cabe señalar que en la mayoría de casos se trata de propuestas eminentemente retóricas y de declaraciones de intenciones que a menudo no se concretan en acciones específicas y evaluables con repercusiones sobre las otras políticas sectoriales.

Una manera de valorar con más concreción la intersectorialidad en el abordaje de los problemas de salud, desde la salud pública, consiste en analizar algunos casos en los que este aspecto ha tenido más importancia. En este sentido, son de especial interés el SIDA, la seguridad alimentaria y la salud escolar. En el caso del SIDA cabe destacar la Comisión Interdepartamental del SIDA en Cataluña, adscrita al Departamento de Salud y creada por decreto en el año 1999 (352/1999, de 13 de diciembre) con el objetivo de facilitar la adopción y la implementación de las medidas necesarias para evitar la propagación de la infección, la mejora de la calidad de vida de las personas infectadas y la continuidad en la instauración de un entorno favorable para aceptar a las personas afectadas. En el ámbito de los ayuntamientos tiene un especial interés la red SIDA y mundo local, una iniciativa reciente para fomentar la implicación del mundo local en el abordaje de la infección por el VIH/SIDA. A finales del 2004

se celebró el acto de constitución de la red SIDA y el mundo local en Cataluña. Finalmente, cabe citar también el Plan de acción sobre el VIH/ SIDA de l'Hospitalet del Llobregat, que desde el año 2001 dispone de un plan municipal para hacer frente a la problemática del SIDA para proporcionar soluciones y ofrecer respuestas desde los diferentes ámbitos administrativos y sociales de la ciudad.

La seguridad alimentaria puede considerarse un caso paradigmático de intersectorialidad. En Cataluña –como en otros países- las iniciativas sectoriales han llevado al establecimiento de actividades independientes de control de los alimentos por parte de diferentes organismos con competencias en diversos sectores tales como los de salud, agricultura, consumo y medio ambiente. Todo el mundo reconoce que cualquier línea de avance en el futuro pasa por el reconocimiento de que el control de los alimentos es una responsabilidad compartida que requiere la interacción positiva entre todas las partes interesadas. En este sentido, muchos países han reevaluado la forma en que están organizados los sistemas de control de los alimentos. La tendencia actual en los países desarrollados es la de establecer organismos de seguridad alimentaria para coordinar los controles oficiales sectoriales, como por ejemplo España, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo, Suecia, Grecia o Gran Bretaña. La creación de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (ACSA), mediante la Ley 20/2002, adscrita al Departamento de Salud se inscribe en este contexto. Se trataba de intentar gestionar la transversalidad, rompiendo con la compartimentación inherente al modelo burocrático tradicional, mediante la creación de una agencia interdepartamental que asumiese competencias de los cuatro departamentos con responsabilidades en seguridad alimentaria.

La salud escolar, tanto en los niveles centrales como locales de las administraciones públicas, ha sido un ámbito de especial interacción entre los departamentos de salud y de educación. En la actualidad, un ejemplo de intersectorialidad es el Programa salud y escuela de la Generalitat de Cataluña, establecido en octubre del 2004 con el objetivo de mejorar la salud de los adolescentes. Este programa pretende desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y actuación precoz ante los problemas de salud relacionados, preferentemente, con la salud mental, la salud afectivo–sexual, el consumo de drogas, alcohol y tabaco y los trastornos relacionados con la alimentación.

A pesar de los aspectos positivos de las experiencias anteriores, a pesar del consenso existente sobre la necesidad de la acción intersectorial para afrontar los problemas de salud, parece que la práctica de la intersectorialidad en Cataluña no se rige aún por una estrategia global y, en conjunto resulta insuficiente, fragmentaria, reactiva y desigual. Ante esta situación hace falta una acción más coherente y enérgica que permita pasar de las conceptualitzaciones y los discursos, a las iniciativas concretas. Atendiendo a que ya existen algunas experiencias importantes hace falta que donde se hayan producido resultados constatables se haga posible la ampliación y generalización de los enfoques y modelos adoptados. La falta de información y de estudios sobre la intersectorialidad en el ámbito de la salud pública limita de manera muy importante la realización de un diagnóstico más apurado así como la formulación de propuestas.

La participación

Etimológicamente, participar significa tomar parte, contribuir a la construcción de alguna empresa común que, en el contexto de este documento, es la salud de la población. El propósito de la participación es, pues, la mejora de la salud. Si entendemos que la salud es también un asunto colectivo, la participación deviene un elemento indispensable por sí misma. En el caso de la salud, la participación tiene la potencialidad de mejorar la salud de las personas y de las poblaciones, porque supone una mayor implicación. Sería, pues, una característica deseable desde un punto de vista utilitario. Pero es que, según como entendemos la salud, la participación es un elemento necesario para alcanzar la autonomía y para ejercer la solidaridad, dos de las características que el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana atribuye a la salud. Autonomía para vivir de la manera menos dependiente posible y solidaridad con el resto de los componentes de la comunidad. Así pues, por lo que respecta a la salud, la participación ciudadana no se puede limitar al ámbito estricto de los sistemas sanitarios, sino que ha de alcanzar el conjunto de factores que tienen una influencia determinante en la salud de las personas y de las poblaciones. La perspectiva comunitaria es una estrategia llena de oportunidades para la salud pública y sus actuaciones, ya que al desarrollarse en buena parte en el sí del sistema sanitario, ocupa una posición de frontera entre la sociedad y el mismo sistema sanitario.

Por lo que respecta al desarrollo de estrategias o experiencias de participación en el ámbito de la salud pública existe un amplio abanico de posibilidades. Una de las vías más frecuentes de participación comunitaria son las asociaciones de enfermos y familiares de los enfermos afectados por enfermedades crónicas y los denominados grupos de ayuda mutua. En cuanto a los sistemas sanitarios, los ámbitos de participación de la comunidad pueden alcanzar la dimensión más política, en el sentido de establecer las prioridades y formular los objetivos, como la de los servicios sanitarios que se prestan a la comunidad [15 16]. Otra modalidad de participación en el ámbito de las políticas y de las estrategias podría ser el ejercicio de la crítica a pesar de que, en general, los procedimientos para conocer las críticas y las opiniones de la comunidad se limitan a las posibilidades de reclamar, quejarse o sugerir que están legalmente establecidas para todos los servicios públicos, incluso los sanitarios o bien en las encuestas de satisfacción sobre los servicios. También se han ensayado otras fórmulas como las de los jurados populares en el Reino Unido donde un grupo de personas de la comunidad, que son retribuidas por su participación, emiten dictámenes sobre problemas de salud y sobre las intervenciones para controlarlos [17]. Por su parte, los métodos de investigación cualitativa permiten una utilización más rigurosa de las opiniones, valoraciones, críticas, preferencias y expectativas. En el ámbito de los servicios de promoción y de protección de la salud proporcionados colectivamente, que son los propios de la salud pública, también son factibles diversas formas de participación que pueden ir desde la autogestión plena hasta la propuesta, la crítica o la colaboración. Una modalidad de participación de creciente interés es la investigación participativa que pretende retornar la investigación a la comunidad con un enfoque cooperativo, involucrando a los miembros de la comunidad y los investigadores en un proceso conjunto en el que todos contribuyen en un plano de igualdad [18]. Finalmente, hay que destacar que en algunos casos la participación está regulada por las normas legales vigentes que establecen la existencia de consejos de salud tanto por lo que respecta a las estructuras centrales como a las más periféricas. La impresión general, salvo pocas excepciones, es que se trata de experiencias demasiado burocratizadas que, en el mejor de los casos, sirven para informar a la población de las iniciativas de los servicios sanitarios [19].

La participación ciudadana en el ámbito de la salud y de la sanidad se enfrenta a los obstáculos que tiene la participación social. En primer lugar, hay que tener en cuenta la complejidad técnica de los problemas de salud, una limitación artificialmente agravada como consecuencia de la utilización de un léxico excluyente por parte de los profesionales. En segundo lugar, la complejidad de los sistemas y organizaciones sanitarias actuales. En tercer lugar, las situaciones que provocan inquietud personal y acentúan el carácter reactivo de muchas respuestas, sesgando la participación hacia una consideración individualizada de las experiencias personales ante la salud y sus problemas. Teniendo en cuenta estas dificultades, las estrategias o actividades que quieran fomentar la participación tendrían que tener presentes algunos requisitos básicos como, partir de un conocimiento suficiente de las expectativas de la población respecto a la sanidad, la salud pública y la participación misma; promover aspectos como la descentralización, la retroalimentación y la autoorganización; favorecer las iniciativas que permiten aumentar la credibilidad de los servicios de salud pública; o promover la asunción de responsabilidades colectivas a la hora de establecer las prioridades de intervención sanitarias y la asunción de la responsabilidad personal sobre la propia salud. Estos requisitos vendrían a ser el punto de partida, desde la salud pública, para emprender estrategias de participación.

En el futuro más inmediato, y en el marco de una reforma de la salud pública, se podría pensar en la creación de un forum de participación ciudadana en los ámbitos de la salud y la sanidad abiertos a entidades y asociaciones que favorezca el intercambio y promueva la reflexión sobre las iniciativas en curso. Paralelamente e interactivamente a este forum se debería de disponer de registros y bases de datos sobre las experiencias más importantes de participación ciudadana en el ámbito sanitario y de la salud, de las entidades y asociaciones implicadas, y de los recursos disponibles, así como promover programas de investigación evaluativa y estudios sobre las expectativas y las motivaciones de las entidades implicadas. Igualmente fuera importante promover actividades de formación sobre participación entre los profesionales y los estudiantes. Para hacer esto posible, se podría considerar la conveniencia de crear una unidad administrativa en la ASPCAT dedicada a la participación ciudadana, tal vez conjuntamente con los temas de comunicación.

A medio plazo y con un planteamiento más estratégico se podría diseñar un plan de promoción de la participación a partir de las experiencias llevadas a cabo en el período anterior, con los conocimientos alcanzados y con los compromisos establecidos. En esta fase se trataría de poner a prueba diversas intervenciones concretas, tales como promover experiencias de participación en el establecimiento de una serie limitada de prioridades de intervención en diferentes niveles territoriales, establecer grupos de valoración popular en las regiones sanitarias y en algunas áreas básicas de salud, desarrollar proyectos de intervenciones de promoción de la salud que contemplen la asunción de responsabilidades sobre los resultados o introducir la participación comunitaria en los proyectos de los planes de salud elaborados por cada región sanitaria, con un incentivo específico para los mejores proyectos.

La comunicación

La primera acepción de “comunicar” que recoge el diccionario del IEC es “hacer que otro participe (de aquello que poseemos)”. Lo mismo se repite en el diccionario de la RAE, que defi-

ne comunicar como “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. Estas dos definiciones ponen claramente en evidencia que existe un terreno compartido entre comunicación y participación. La difusión de los medios de comunicación de masas y la expansión de las llamadas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han añadido aún más ambigüedad al significado de las palabras información y comunicación: una aparece irremediablemente asociada al mundo digital, mientras que el otro parece no abandonar la mano de los media o de las nuevas formas de “telecomunicación”. Internet, por su parte, supone un medio con unas características notablemente diferentes. En primer lugar, muchas websites permiten una auténtica comunicación bidireccional y multidireccional. Además, Internet abre la posibilidad a cualquier voz: minoritaria o mayoritaria, individual o colectiva, fidedigna o poco fiable.

El alcance de los aspectos relacionados con la comunicación en el ámbito de la salud pública es muy amplio y conviene distinguir tres tipos de comunicación según opere entre los diferentes servicios de salud pública, entre los servicios de salud pública y la comunidad de forma directa (en su conjunto o con los diversos grupos y colectivos que la componen), o entre los servicios de salud pública y los medios de comunicación de masas (como agentes intermediadores de la comunicación con la comunidad).

Por lo que respecta a la comunicación entre los diferentes servicios de salud pública hay que decir que el hecho de que el sistema de salud de Cataluña haya experimentado transformaciones importantes en los últimos años ha favorecido que la comunicación entre las diferentes dependencias y entidades del sistema de salud catalán no sea bastante ágil ni transparente, al menos no tanto como cabría esperar para asegurar una auténtica efectividad. La falta o deficiencia en la comunicación entre los diferentes servicios del ámbito de la salud pública muy posiblemente resta efectividad a las intervenciones de prevención y promoción de la salud, dificulta la coordinación y cooperación entre los diferentes servicios, puede significar un aumento del gasto por la repetición de iniciativas, genera desconfianza por parte de la población y provoca recelo y malestar entre los propios profesionales. Por contra, una buena comunicación interna es imprescindible para poder comunicar al exterior a pesar de que hay que aclarar también que no se trata de un problema aislado, porque la comunicación interna no es más que el espejo de la organización. Atendiendo a la complejidad de este ámbito, haría falta un estudio a fondo del sistema actual de comunicación entre los diferentes organismos y servicios de salud pública analizando también las experiencias desarrolladas en otros sectores. En este sentido, una iniciativa a explorar es la llamada National Public Health Information Coallition (NPHIC) [20]. Esta organización nació precisamente para resolver los problemas de comunicación existentes entre los agentes de comunicación en salud pública de diferentes Departamentos de Salud de los Estados Unidos. El funcionamiento de la NPHIC es el de una coalición, con una estructura básica financiada con recursos federales por el CDC, que utiliza diferentes herramientas para asegurar una comunicación rápida y un sistema de cooperación mutuo. Obviamente, las TIC, por su capacidad de romper las barreras del espacio y del tiempo, han de jugar un papel central en cualquier diseño que se pueda plantear en relación a la comunicación dentro del sistema de salud.

Por lo que respecta a la comunicación directa entre los servicios de salud pública y la comunidad, hasta al momento, esta comunicación ha tenido lugar mayoritariamente en las propias dependencias de los sistemas sociosanitarios, y en menor grado, en otros lugares representa-

tivos de los diferentes grupos constituyentes de la comunidad. En buena parte de los casos, es la propia administración sanitaria quien toma la iniciativa de comunicarse con la comunidad a fin de conseguir que ésta participe adhiriéndose a una determinada política de salud pública o que conozca determinada información. También se debería profundizar aquí en el estudio de lo que se hace y de lo que se ha hecho, tanto en Cataluña como en otros lugares. No obstante, esta necesidad de revisión formal, una visión superficial sugiere que existen serias deficiencias como la dispersión de iniciativas de comunicación sin una estrategia global, la falta de coordinación de los contenidos relacionados con la salud y su difusión a la población, así como la falta de evaluación y de continuidad de muchas de las iniciativas iniciadas. Seria por tanto recomendable, que a la hora de identificar buenas prácticas en comunicación directa con la comunidad, se considerasen particularmente cómo se han abordado las deficiencias anteriores.

En el ámbito de los medios de comunicación es obvio que el panorama está dominado por la televisión y la prensa. Lamentablemente, se dispone de poca información sobre el papel de la televisión. En el caso de la prensa sabemos que en España, por ejemplo, el número de textos sobre salud y medicina publicados en los cinco diarios de más difusión se duplicó entre 1997 y 2000 y, desde entonces, se ha mantenido en el mismo nivel, según se ha observado en el Informe Quiral [21]. La revisión del período 1997-2001 pone de manifiesto que 20 temas acumulaban más del 50% de la información publicada en materia de salud en los cinco diarios analizados. Entre estos temas, los que habían recibido una mayor atención por parte de la prensa fueron la encefalopatía espongiforme bovina, el SIDA, el cáncer, y los fármacos –excluyendo algunos que generaron por ellos mismos gran cantidad de textos – como la aspirina, la viagra y el tabaco. Si bien se debería efectuar una revisión con más profundidad de la literatura, la lectura de estas observaciones pone ya de manifiesto los puntos críticos que definen el papel de los medios: su papel destacado en la difusión masiva de informaciones en el ámbito de la salud, el interés que despierta la información relacionada con la salud como tema de actualidad por parte del público, la concentración de la información en determinados temas, muchos de ellos del ámbito de la salud pública, la multiplicidad de fuentes de información en materia de salud y la utilización que de ellas hacen los periodistas según sea su especialización, el medio donde trabajan o el tema en cuestión, y los problemas de comprensión por parte del público general de un argot demasiado técnico, muy a menudo acompañado de informaciones sesgadas que pueden causar confusiones [22, 23].

De cara al futuro hay que definir una estrategia específica destinada a mejorar la relación entre el sistema de salud y los medios. Esta estrategia tendría que fomentar el conocimiento mutuo de los profesionales de la salud y los de la comunicación, promover una lectura crítica de los medios entre la sociedad, establecer sistemas que permitan detectar situaciones susceptibles de mejora, e incentivar la formación de los profesionales sanitarios en comunicación y de los profesionales de la comunicación en temas médicos o científicos.

Para concretar las sugerencias anteriores existen muchas posibilidades. Algunas de las cuales que habría que considerar son: contemplar la comunicación como parte integral de cualquier acción destinada a mejorar la salud de la población, fomentar la comunicación y la cooperación en materia de comunicación entre todos los servicios de salud pública, desligar al máximo la comunicación de los poderes políticos, implicando en un mayor grado a los expertos y técnicos en salud pública y fomentando la transparencia en todas las fases de la comunicación, des-

arrollar sistemas efectivos de comunicación directa ('virtuales' y 'presenciales') entre los servicios de salud pública y la comunidad, aplicando siempre que sea posible, modelos que hayan mostrado esta efectividad, garantizar el desarrollo de sistemas específicos de comunicación para aquellos sectores de la población que tienen más difícil sacar provecho de las TIC (especialmente, la gente mayor) y garantizar el desarrollo de sistemas específicos de comunicación directa para aquellos sectores de la población que se apartan de los lugares convencionales.

La formación

Las actividades de salud pública, como cualquier otra actividad de servicios, se basan principalmente en un uso intensivo de los recursos humanos. En este sentido, una condición necesaria para la reforma de los servicios de salud pública es la existencia de profesionales competentes [24]. Es una estrategia básica para disponer de profesionales competentes es la formación, pero para eso es necesario que los programas actuales de formación de los profesionales de salud pública respondan a las necesidades de la salud de la población y a la realidad de los servicios. Además, es necesario que se adapten a los nuevos problemas y retos de la salud pública del siglo XXI [25] ya que a menudo están demasiado orientados por las agendas académicas de los investigadores, principalmente dirigidos a la investigación biomédica. Una característica relevante de la práctica profesional en salud pública es la multidisciplinariedad la cual se refleja en la diversidad de procedencia de sus profesionales, tanto del sector sanitario (médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos...) como del no sanitario (economistas, juristas, sociólogos).

A fin de facilitar la adecuación de los programas de formación y atendiendo a la diversidad de disciplinas implicadas en la salud pública hay que determinar cuáles son las competencias profesionales básicas y comunes para cualquier profesional de la salud pública, independientemente del ámbito donde trabaje [26]. Estas competencias profesionales se han de adquirir mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje continuo y de calidad, basado en la mejor evidencia científica disponible [27]. De acuerdo con estas premisas, investigación, formación y práctica profesional constituyen un círculo virtuoso para mejorar de forma continua la salud de la población. Es obvio que el cambio permanente de realidades y conocimientos obliga a definir estrategias para mantener la competencia profesional a lo largo del tiempo, una de las cuales es la reacreditación periódica.

Por lo que respecta a la formación especializada universitaria en salud pública uno de los programas más importantes es el Master en Salud Pública iniciado en 1989 por la Universidad de Barcelona, seguido desde 1993 por el Instituto de Estudios de la Salud, desde 1995 al 2000 desarrollado en el Instituto de Salud Pública de Cataluña, y desde el 2002 organizado por la Universidad Pompeu Fabra en un régimen de coparticipación con la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Instituto Municipal de Investigación Médica, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud y el Instituto Catalán de Ontología. Este programa está acreditado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública como programa válido para los médicos residentes de esta especialidad que en Cataluña consta de 5 unidades docentes (Hospital del Valle de Hebrón, Hospital Clínico, Hospital de Bellvitge, IMAS-UPF-ASPB y el Hospital de San Pablo).

Junto a este master hay otros programas en ámbitos más específicos de la salud pública organizados por las diferentes Universidades e instituciones catalanas como son el Master en Medicina Preventiva y Promoción de la Salud y el Master en Enfermería de Salud Pública y Comunitaria de la Universidad de Barcelona; el Master en Salud Internacional y Medicina Tropical y el Master en Metodología de la Investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona, así como los programas en Economía de la Salud, Gestión de Servicios Sanitarios y Políticas Públicas organizado también desde la Universidad Pompeu Fabra. A parte de los programas de master ya señalados, hay tres programas de doctorado relacionados con la salud pública, que organizan la Universidad Autónoma de Barcelona y la Universidad Pompeu Fabra. Además, hay cada vez una oferta docente de formación continua más amplia entre la que cabe destacar la oferta del Instituto de Estudios de la Salud, en el que destaca el veterano "Diplomados de Sanidad", la del Centro de Estudios del Colegio de Médicos de Barcelona, la del Colegio de Veterinarios, y más recientemente un programa de otoño ofertado por la Bloomberg School of Public Health de la Johns Hopkins University con la participación de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y la Universidad Pompeu Fabra.

A pesar de que la situación descrita es razonablemente buena hay que establecer estrategias que permitan mejorar el impacto de los programas existentes en la práctica de los profesionales. Algunas de las iniciativas aconsejables para buscar esta mejora son: promover iniciativas que relacionan más estrechamente la formación en salud pública y la práctica profesional, establecer mecanismos de acreditación voluntaria de la calidad de los programas docentes, establecer una carrera profesional de salud pública que tenga en cuenta la actividad profesional, la formación continua y la investigación realizada, y potenciar nuevas estrategias educativas basadas en la utilización de las nuevas tecnologías de la información. Aprovechando el impulso de las reformas en la formación universitaria dentro del nuevo espacio europeo de enseñanza superior se tenderá a que los nuevos profesionales que se incorporen a tareas de salud pública tengan una formación básica equivalente como mínimo a un master, independientemente de la formación de grado previo (médico, veterinario, economistas, enfermero...) y de las funciones concretas que hayan de desarrollar. Finalmente, hay que señalar que la formación en salud pública, tanto básica como continuada, debería tener un componente significativo en investigación que refuerce la capacidad crítica de los profesionales de la salud pública para hacer frente a los nuevos, y viejos, problemas.

La investigación

La actividad de investigación en salud publica es un componente importante del funcionamiento de los servicios, ya que a través de la investigación los profesionales incorporan conocimientos científicos generados a partir de su propia realidad, se difunden las metodologías de evaluación, se promueven mecanismos que mejoren la recogida de datos, y se contribuye a mejorar la formación de los profesionales que participan. En el caso de la salud pública hay que insistir en que la investigación tiene un carácter de elemento estratégico para las políticas de salud en un sentido muy amplio ya que permite identificar y monitorizar los problemas de salud de la población y por tanto, las necesidades y las prioridades, identificar sus determinantes y características, y evaluar la efectividad de las intervenciones incluyendo los propios servicios sanitarios.

En Cataluña, la investigación en el ámbito de salud ha sido reconocida como una de las áreas fuertes de investigación científica. Dentro de este contexto, los grupos de investigación de salud pública han alcanzado un buen nivel de calidad, relevancia y productividad, con algunas áreas en las que la visibilidad internacional de esta investigación es considerable. En la actualidad una parte de la investigación en el campo de la salud pública se realiza en un conjunto reducido de centros entre los que destacan el Instituto Municipal de Investigación Médica, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Instituto Catalán de Oncología, el Hospital Clínico, el Hospital Germans Trias y el propio Departamento de Salud. Un hecho importante en la investigación en el ámbito sanitario ha sido el programa de redes temáticas establecido por el *Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo* del gobierno central. Cabe destacar muy especialmente que en este programa, grupos de Cataluña sean los coordinadores de varias redes de centros y de grupos del ámbito de la salud pública.

A pesar de esta fortaleza relativa, la investigación en salud pública tiene numerosas deficiencias que hay que valorar. En conjunto, es poco conocida dentro del propio sector sanitario y tiene poca visibilidad y prestigio social. Desde el punto de vista organizativo algunos de los grupos están localizados en instituciones que a menudo no reconocen la investigación como constituyente de su misión, de sus organigramas ni de sus estructuras administrativas, lo que implica muchas dificultades para mantener programas estables. A diferencia de mucha de la investigación más biomédica, la investigación en el ámbito de salud pública tiene poco acceso a las fuentes de financiación privada. Igualmente su vinculación a las universidades es escasa. Todo esto hace que esta investigación se encuentre en un contexto de precariedad crónica que afecta a aspectos como la financiación o la carrera profesional y académica de los investigadores. Tanto o más importante es el hecho que la naturaleza multidisciplinaria de la investigación se vea poco reflejada en la investigación actual que en este campo se hace en Cataluña. En su conjunto la investigación en el ámbito de la salud pública está fuertemente medicalizada y, en un reflejo de lo que sucede en conjunto en el mundo científico, hay dificultades para consolidar grupos y líneas de investigación en salud pública, en otros ámbitos de las ciencias sociales y del comportamiento.

Atendiendo a la importancia estratégica de la investigación en salud pública así como estas dificultades, es necesario que en el futuro se lleven a cabo acciones de soporte en este ámbito. Estas acciones tendrían que ir orientadas tanto a hacer más sólida y estable la situación de los grupos de investigación en salud pública como también a facilitar la participación en la investigación de los profesionales que trabajan en este sector. A fin de facilitar estas acciones de soporte sería conveniente realizar un estudio sobre áreas de relieve en salud pública que estén insuficientemente cubiertas. En esta dirección es necesario mencionar la convocatoria de investigación de la AATRM de Cataluña que incluye en sus convocatorias temas de salud pública. La creación de la ASPCAT puede resultar una excelente oportunidad para reforzar y aglutinar la investigación en salud pública. En este sentido, la agencia podría tener un papel relevante para reforzar la presencia de la salud pública en las estructuras gubernamentales como el Consejo Interdepartamental de Investigación e Innovación Tecnológica (CIRIT) en Cataluña o el *Instituto de Salud Carlos III* en Madrid, intensificar la colaboración en materia de investigación con las otras estructuras del Departamento de Salud incluyendo la AATRM, el IES o el propio SCS y facilitar la coordinación transversal en materias de investigación que requieran la participación de sectores diferentes dentro de la estructura sanitaria.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Garantizar la solidez y la homogeneidad del sistema

1. Los servicios de salud pública de Cataluña han de estar preparados para responder tanto al retraso acumulado en este campo como a los grandes retos que plantean los actuales cambios sociales y tecnológicos. Por eso es necesario que los servicios alcancen las dimensiones mínimas necesarias para poder responder con calidad y eficacia a las necesidades. Por eso habrá que alcanzar un mayor grado de especialización manteniendo la flexibilidad necesaria para no perder capacidad de respuesta a los problemas. Teniendo en cuenta la dificultad de obtener recursos adicionales, hay que promover las economías del alcance allá donde sean posibles.

2. El fortalecimiento de la salud pública exige una mejora de las funciones de planificación y evaluación de las políticas y los servicios. A fin de facilitar estas funciones, es de la máxima importancia disponer de sistemas de información de la más alta calidad. Hay que revisar los sistemas de información actuales y facilitar su mejora y ampliación.

3. Para garantizar una mejor equidad en la distribución de los servicios de salud pública es necesaria una estructura territorial adecuada evitando tanto los vacíos de responsabilidad y de servicios como las duplicidades. A cada territorio y población tendría que corresponderle una “ventana única” de manera que la existencia de diferentes estructuras organizativas no debería afectar a los ciudadanos y ciudadanas.

4. Es necesario que, en el marco de la tendencia actual a establecer entes territoriales que faciliten la gobernabilidad del sistema sanitario y la integración de instituciones y servicios, se incluya la salud pública junto con las otras ramas sanitarias, facilitando la descentralización de responsabilidades de salud pública a nivel local. En este sentido, las funciones de gobierno, financiación y planificación, pueden ser claramente estructuradas siguiendo las mismas líneas organizativas que el resto de funciones del Departamento de Salud. Por lo que respecta a la ASPCAT, en la medida en que tenga que estar preparada para proveer servicios ya sea directamente o subcontratándolos por cuenta de niveles locales, puede requerir una estructura diferente.

5. Durante el proceso de cambio que implicará la reforma es necesario garantizar la coherencia entre las estructuras actuales de salud pública y las competencias, funciones y recursos que han de servir para estructurar el esquema futuro. La introducción de cambios se ha de hacer de manera progresiva evitando crear disfunciones importantes.

6. Hay que establecer un modelo específico de financiación de la salud pública que parta de un estudio detallado del nivel de financiación actual que sólo se conoce parcialmente. Este modelo de financiación tendrá que establecer unos criterios y un mecanismo presupuestario que evite la discriminación negativa de las actividades de salud pública frente a los servicios sanitarios clínico- asistenciales.

7. Para las actuaciones en salud pública a nivel local, especialmente para las que ahora no están garantizadas por los servicios autonómicos cabe considerar la posibilidad de establecer vías finalistas de financiación alternativas a la fuente presupuestaria actual. Una de estas vías puede ser la articulación de tasas específicas financiadas por los establecimientos receptores de los servicios de evaluación o inspección, la que se tendría que implantar de una manera general en el conjunto del territorio. Estas nuevas tasas, no han de tener necesariamente un procedimiento de recaudación como el actual, sino que podrían responder a un modelo tipo ITV.

8. Las medidas y el alcance de los cambios que finalmente se adopten en el proceso de reforma de la salud pública de Cataluña podrían hacer necesaria una nueva ley de salud pública. Entre los cambios que pueden jugar a favor de la necesidad de una nueva ley, destacan la creación de la ASPCAT, la reordenación y modernización de la función de autoridad o la integración de funciones dispersas en otras leyes y entes territoriales.

Reforma de la organización de la salud pública

A nivel central

9. Hay que fortalecer las estructuras organizativas de salud pública a nivel central reformando la Dirección General de Salud Pública y ampliando su capacidad para diseñar y evaluar las políticas de salud pública. Una posibilidad adicional es la de crear la ASPCAT que permita delegar algunas de las funciones actuales de la Dirección General de Salud Pública y reordenar y ampliar otras funciones.

10. La ASPCAT tendría que disponer de un nivel adecuado de autonomía de gestión y científico-técnica e incorporar elementos de asesoramiento técnico altamente especializado necesarios para dar respuesta a las necesidades del gobierno en el ámbito de la salud pública. De la misma manera, habría que evitar asignar a la nueva Agencia funciones orientadas al desarrollo de políticas o de coordinación que tendrían que permanecer en la Dirección General de Salud Pública o en otras estructuras del Departamento de Salud

11. La creación de la ASPCAT implicaría la transformación y absorción de la actual Agencia de Protección de la Salud, aunque en fase de desarrollo. En cualquier caso, es del todo necesario reformar su modelo, fortaleciendo los aspectos de regulación y control en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica y de determinados componentes de la protección de la salud.

12. Por lo que respeta a la Agencia de Seguridad Alimentaria, la existencia de unos referentes internacionales cada vez más extendidos refuerza el mantenimiento de su identidad. En el futuro habrá que mantener y potenciar sus capacidades actuales, especialmente su relación con los sectores productivos.

13. Habrá que reformar la Dirección General de Salud Pública de manera consistente con el conjunto de reformas organizativas que se adopten. Habría que mantener y ampliar su

capacidad para diseñar y evaluar las políticas, hacer de árbitro del conjunto de instituciones públicas, establecer prioridades sobre asignaciones de recursos, y actuar como primera instancia de control y supervisión del conjunto de las actuaciones realizadas. A este nivel, hay que alcanzar un grado más alto de especialización en tareas de coordinación en los ámbitos de la salud pública que tienen una dimensión más intersectorial y promover la innovación en las políticas públicas de salud incubando nuevos programas que posteriormente se puedan extender al conjunto del sistema.

A nivel periférico

14. El gobierno actual tiene entre sus prioridades generales y en el ámbito de la salud el de potenciar la participación de los ayuntamientos. En el ámbito de la salud pública resulta por tanto previsible que la estructura actual en la que coexisten los servicios del Departamento de Salud con sus delegaciones territoriales y los municipios con servicios propios, de paso a una nueva estructura basada en la ASPCAT, las veguerías, los entes territoriales de salud y una red de proveedores locales de servicios de salud pública.

15. Esta nueva organización territorial de la salud pública admite diversas formulaciones pero, en cualquier caso, parece razonable que, por lo que respecta a las funciones de gobierno, autoridad, planificación y financiación se adopte una fórmula homogénea por parte del Departamento de Salud. El hecho de que en los mismos entes territoriales de salud coexistan las competencias de salud pública y la capacidad financiadora, supondrá un punto de encuentro de responsabilidades que será beneficioso no sólo para la formulación de las políticas a nivel local, sino también para la integración de recursos centrales y locales.

16. El número de entes territoriales de salud puede variar, pero posiblemente puede pensarse en unas 25-35 organizaciones que han de servir a poblaciones que vayan desde un mínimo de 20.000 personas (Cerdaña) a un máximo de 1.700.000 personas (Barcelona). Estos entes territoriales de salud planificarían las actuaciones y asignarían fondos a las diversas actividades, las cuales tendrían que ser desarrolladas bien por proveedores locales o bien por la propia ASPCAT.

17. La ASPCAT tendría que disponer de una implantación territorial que le permita responder a las demandas de provisión de servicios tanto si provienen del nivel central como si son formuladas por los diferentes entes territoriales. Esta capacidad de respuesta puede resultar tanto de los recursos propios como de la capacidad de subcontratar actividades a proveedores acreditados. Su estructura organizativa tendría que responder a los principios de agilidad, flexibilidad y eficiencia y su presencia en el territorio dependerá de su grado de penetración territorial en la provisión de los servicios.

18. La ciudad de Barcelona tiene un esquema propio a preservar, congruente con esta visión. En la ciudad, la Región Sanitaria del Servicio Catalán de la Salud y los entes territoriales de gobierno ya existen (dentro de una única organización, el Consorcio Sanitario de Barcelona). La Agencia de Salud Pública de Barcelona está adscrita al Consorcio Sanitario de Barcelona y recibe sus encargos, así como los del gobierno local y autonómico, que le han transferido sus servicios y que están presentes en sus órganos de gobierno. La

Agencia de Salud Pública de Barcelona actuó por tanto como proveedor local de servicios de salud pública, y en algunos campos, los presta también fuera del término de la ciudad.

19. Una organización territorial de este tipo ha de permitir grados diversos de dotación de recursos y habilidades a niveles de los entes territoriales. Su cartera de servicios ha de reflejar el hecho de que para determinados servicios de alta especialización se han de practicar economías de escala y no tener desplegados recursos altamente especializados en todas las unidades periféricas. Así, a pesar de que es razonable pensar que todas las unidades han de tener acceso a servicios de laboratorio o a información sanitaria relevante para la acción, no hace falta que todas tengan un laboratorio propio. Lo mismo se puede decir para otros servicios como los sistemas de información.

Cartera de servicios de salud pública

20. De cara al futuro más inmediato es aconsejable plantearse una oferta de servicios de salud pública que desarrolle al máximo las normativas de protección de la salud existentes en determinados ámbitos como los de la salud ambiental o la salud laboral. En el ámbito de la promoción de la salud y la prevención donde el marco normativo es menos relevante conviene establecer una oferta de servicios que, bajo el criterio de "como mínimo", permita al menos inicialmente consolidar una oferta de calidad y realista. En esta etapa es importante no transferir ninguna nueva competencia a nivel municipal sin adscribir los recursos necesarios.

21. Para facilitar que la oferta de servicios de salud pública se haga sobre criterios de rigor científico y económico se recomienda establecer un proceso institucional de catalogación de servicios de salud pública utilizando las metodologías de la evaluación crítica de la evidencia y de priorización. Este catálogo tendría que estar alimentado y revisado de manera permanente y tendría que ser una de las bases para el desarrollo y la revisión de las carteras de servicios en los diferentes niveles organizativos.

22. Todos los niveles competenciales en salud pública, desde la Dirección General de Salud Pública y la ASPCAT hasta los entes territoriales mencionados anteriormente, tendrían que disponer de una cartera de servicios informatizada que contemple todas las prestaciones de forma ordenada, teniendo en cuenta los agentes implicados en cada actividad. Se puede partir de la experiencia de la cartera de servicios del CatSalut. Estas carteras de servicios tendrían que integrar por una parte criterios de competencia y, por otra, la división de cada competencia en funciones y actividades.

23. A fin de garantizar que las carteras de servicios se traduzcan en una adecuada prestación hay que definir un modelo contractual de las actividades de salud pública donde se especifique como mínimo: el objetivo del contrato, el alcance del servicio, ámbito de actuación suficiente para que pueda ser eficiente el servicio y de calidad la prestación, mecanismos de evaluación del servicio, periodicidades de las actividades y las evaluaciones, precios unitarios y globales, las responsabilidades en los cumplimientos e incumplimientos y las penalizaciones, en su caso.

24. Atendiendo a que el modelo propuesto implica una diversidad de agentes proveedores de servicios de salud pública habrá que definir criterios acreditativos de los proveedores de servicios de salud pública y establecer un régimen de incompatibilidades adecuado para empresas subministradora o proveedores de servicios de salud pública.

Mejorar los servicios de salud pública y su gestión

25. En la actualidad, y también en las medidas propuestas, existe una diversificación de las funciones de contratación y de provisión de los servicios de salud pública que, por otra parte, es ya habitual en el sector de la asistencia. Esta diversificación tiene muchas ventajas pero también implica algunas dificultades relevantes.

26. Hay que tener presente que los sistemas de compras basados en mecanismos de mercado a menudo no son adecuados para las condiciones de provisión de servicios de salud pública, ya sea debido a la falta de demanda o a que no existe una oferta privada alternativa. Por otra parte, los riesgos de quiebras de gestión de la externalización de los servicios son elevados, especialmente cuando las tareas realizadas son difíciles de monitorizar.

27. Atendiendo a la necesaria proximidad entre los niveles financiadores y contratadores y los niveles proveedores de los servicios de salud pública, habrá que preservar la función de autoridad y garantizar que ésta se pueda ejercer sin conflictos de intereses. La experiencia de la ciudad de Barcelona parece positiva y extrapolable a otros entornos. En el marco del ordenamiento normativo y legal actual, hay que tener presente la necesidad de que los profesionales y técnicos que desarrollen las funciones de autoridad sanitaria han de ser funcionarios, ya que se ha de preservar la presunción de veracidad de la autoridad, notablemente en el ejercicio de las actividades de inspección.

28. Una relación más estrecha entre los servicios de salud pública y los servicios de asistencia individual puede tener un gran interés, tanto por lo que respecta a la mejora de la cobertura de los servicios preventivos de tipo individual y clínico, como para reducir la medicalización que a menudo supone la incorporación de intervenciones preventivas dentro de las prestaciones asistenciales o también para mejorar el alcance y la calidad de la vigilancia epidemiológica.

29. En relación a lo anterior, hay que optimizar el rol de la atención primaria en la prestación de servicios de salud pública. El hecho de que en muchos CAP haya “técnicos de salud”, a menudo con una formación especializada de medicina preventiva y de salud pública o en áreas cercanas, ofrece una oportunidad para la mejora de la salud pública en Cataluña. Estos profesionales podrían ser incorporados al sistema de salud pública de una manera más efectiva y permitir un salto cualitativo en el ámbito de la salud pública.

30. Igualmente, la dotación económica que financia la dedicación parcial a tareas de salud pública de los sanitarios titulares, tendría que asignarse a las estructuras de salud pública, de forma que la amortización progresiva de este personal permitiera contribuir a financiar el despliegue de nuevos servicios de salud pública.

Intersectorialidad

31. Es necesario hacer un estudio para identificar los problemas de salud en el abordaje de los cuales la intersectorialidad deviene fundamental, y estudiar las experiencias de intersectorialidad existentes, sobre todo en Cataluña, para identificar los puntos fuertes y los débiles y extraer conclusiones que permitan su mejora.

32. Atendiendo al carácter transversal de la intersectorialidad es necesario que exista una estrategia general a nivel del gobierno, que permita establecer objetivos comunes y objetivos de interés para cada sector, definir los sectores implicados, establecer metodologías de trabajo consensuadas, garantizar los recursos necesarios así como los criterios para acordar el liderato y los mecanismos de coordinación de cada iniciativa.

33. Es necesario que las políticas de salud pública incorporen una dimensión intersectorial basada en el trabajo conjunto de todos los sectores implicados de manera que todos los sectores participantes identifiquen los beneficios de trabajar juntos para su sector.

34. Para que el trabajo intersectorial sea posible es necesario que se creen mecanismos y estructuras estables con traducción organizativa, que permitan gestionar la intersectorialidad y garantizar el trabajo cooperativo de las diferentes administraciones sectoriales.

35. Se ha de potenciar la formación de las personas del sector de la salud pública, pero también al resto de los sectores, para que adquieran las habilidades y capacidades necesarias para trabajar en un entorno intersectorial.

36. Hay que impulsar la investigación y la evaluación de la intersectorialidad, analizando los resultados de su aplicación real, en qué medida se tendría que aplicar y la evaluación de los elementos que la dificultan.

Participación

37. Contribuir al desarrollo operativo del derecho a la participación ciudadana reconocido en la normativa legal que afecta el sistema sanitario de forma general (Ley General de Sanidad y Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña) y a la salud pública de manera específica (Ley de Protección de la Salud). Hay que hacerlo pensando en la actual Agencia de Salud Pública de Barcelona y en la futura ASPCAT, mediante iniciativas concretas.

38. Fomentar la transformación del sistema sanitario, tanto de los servicios de atención personal como de los comunitarios, de forma que la participación ciudadana tenga cabida real, más allá de las formulaciones retóricas.
39. Fomentar la investigación que tenga como objeto la participación, de manera que puedan evaluarse sus beneficios potenciales y, en su caso, devenga estímulos tangibles que amplíen la participación.

40. Fomentar la investigación participativa en salud, dirigida básicamente a los problemas de salud percibidos por la comunidad y contando con la participación de grupos y entidades de la población en todas sus fases, como un procedimiento para implicar a los ciudadanos en el desarrollo de programas y de intervenciones de promoción y de protección de la salud.

41. Favorecer, con la dotación de recursos específicos, grupos de trabajo con la finalidad de mejorar los conocimientos sobre participación y de proponer intervenciones específicas.

Comunicación

42. Promover el desarrollo de buenas prácticas de comunicación en salud pública identificando agentes responsables de la comunicación en cada uno de los servicios de salud pública desarrollando los recursos necesarios.

43. Planificar estrategias sistemáticas de comunicación con objetivos bien establecidos y criterios de evaluación de su efectividad.

44. Crear un forum salud y sociedad ligado a las iniciativas propuestas para fomentar la participación. Crear también una website específica sobre comunicación en salud pública.

45. Promover experiencias concretas de comunicación tales como: promover estudios de casos, realizar estudios sobre la percepción pública del riesgo, establecer sistemas de seguimiento que velen por el respeto a los principios éticos sobre comunicación en materia de salud o promover convenios de colaboración entre servicios de salud pública y medios de comunicación.

Formación

46. Establecer mecanismos de acreditación, obligatoria o voluntaria según corresponda, de los programas de formación de salud pública incluyendo las unidades docentes de Medicina Preventiva y Salud Pública.

47. Definir la carrera profesional en salud pública, que tenga en cuenta la formación, la investigación y la actividad profesional en su promoción, no solamente la antigüedad.

48. Incrementar el número de plazas de Medicina Preventiva y Salud Pública ofertadas en las convocatorias MIR de médicos residentes.

49. Establecer un programa de formación continua dirigido expresamente a los profesionales que actúan en los niveles locales y descentralizados del sistema, de acuerdo a sus necesidades.

50. Establecer un proceso de acreditación periódica para los profesionales de la salud pública.

Investigación

51. Apoyar los grupos de investigación consolidados en salud pública y establecer mecanismos de interacción más fuerte con la mejora de las políticas de salud

52. Favorecer la investigación centrada en la praxis, favoreciendo líneas de evaluación de servicios y políticas y la implicación de los profesionales de salud pública en la formulación de proyectos de investigación, para estimular la búsqueda de la excelencia.

53. Reforzar la participación en investigación de los profesionales de la salud pública identificando grupos con actividad sanitaria cercana a la investigación y favoreciendo mecanismos de participación en la investigación.

54. Fomentar la presencia internacional y la visibilidad de la investigación en salud pública de Cataluña favoreciendo con ayudas específicas las relaciones con grupos de investigación punteros en Europa y en el resto del mundo.

55. Establecer un fondo de investigación en salud pública en Cataluña ofreciendo becas atractivas con convocatorias anuales integradas en las de los fondos de financiación de la investigación ya establecidos.

56. Otorgar a la Agencia de Salud Publica de Cataluña un rol relevante en temas de investigación a fin de ayudar a articular y promover las actividades descritas.

REFERENCIAS

1. De la Fuente ML, Manzanera R y el Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña. *Propuesta de reorganización de la salud pública en Cataluña.* Gac Sanit 2001; 4 (Supl 1): 55-68.

2. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. *Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante.* Gac Sanit 1999; 13: 218-25.

3. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. *La salud pública ante las reformas del sistema sanitario*. Gac Sanit 1996; 10: 299-310.

4. Villalbí JR, Aboal XL, González-Alonso J. *Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios.* En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR (Eds). La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 2002. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2002.

5. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. *Public Health in the new era: improving through collective action.* Lancet 2004**;** 363: 2084-6.

6. Institute of Medicine. *The future of public health.* Washington: National Academy Press, 1988.

7. Institute of Medicine. Committee on the future of public health. *The future of public's health in the 21 century*. Washington: National Academy Press, 2003.

8. http://www.health.gov/phfunctions/Default.htm

9. Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaria X, Torralba L. *La cartera de servicios en una organización de salud pública.* Gac Sanit 2004; 17:231-7.

10. Villalbí JR. *L'organització de la salut pública en un marc federalista. Aportacions des de la perspectiva dels EUA*. Barcelona: Agència de Salut Pública, 2004.

11. *Informe sobre la salut pública, municipis i xarxa de proveïdors.* Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2004.

12. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. *Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos.* Gac Sanit 2001; 15 (2): 164-71.

13. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, de Maeseneer JM, Hjortdahl P et al. *Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto.* Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 17-26.

14. Area de Salut Pública i Consum. *La despesa dels ajuntaments de Catalunya en salut pública.* Barcelona: Diputació de Barcelona, 2004

15. Benach J, Alonso J. *El plan de salud del estado de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características.* Gac Sanitaria 1995; 9: 117-25.

16. Vázquez ML, Siqueira E., Kruze I., Diniz, A. y Veras I. *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina.* Gaceta Sanitaria 2002;16 (1): 30-8.

17. McIver S. *Healthy debate? An independent evaluation of citizens' juries in health settings.* London: King's Fund 1998.

18. Israel BA, Schutz AJ, Parker EA, Becker AB. *Review of community based research: Assessing partnership approaches to improve public health.* Annual Review of Public Health 1998; 19: 173-202.

19. Consorci Sanitari de Barcelona. *Informe sobre els espais de participació en atenció primària de salut a l'Eixample.* Mimeografiat. Barcelona, maig de 2004.

20. http://www.nphic.org

21. *Informe Quiral. La salud en la prensa diaria.* Observatori de la Comunicació Científica, UPF (eds. 1997-2003).

22. Gonzales S et al. *Media literacy and public health.* American Behavorial Scientist 2004; 48 (2): 189-201.

23. Bergsma L. *Empowerment education (the link between media literacy and health promotion).* Oct 2004. American Behavorial Scientist 2004; 48 (2): 152-64.

24. Benavides FG. *El papel de los profesionales en la reforma de la salud pública.* Gac Sanit. 2002; 15 (supl. 4): 69-71.

25. Beaglehole R, Bonita R. *Public health at the crossroads, achievements and prospects.* (2nd ed). Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

26. Segura A, Benavides FG (editores). *Competencias profesionales en salud pública.* Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública. Institut d'Estudis de la Salut, 2000.

27. Fielding JE. *Public health in the new twentieth century: advances and challenges.* Annu Rev Public Health 1999; 20: 13-30.

ANEXOS

LAS GRANDES ORIENTACIONES DE LA POLITICA

Oriol Ramis, Jacint Jordana

INTRODUCCIÓN

Intentar explicar las razones que han motivado cambios en las políticas de salud pública en las últimas décadas, ya sea en Cataluña, en España o en el resto del mundo, queda fuera de las posibilidades de este informe y de sus autores. Nos limitamos a describir algunos y a proponer diferentes paradigmas que coexisten en la mayoría de países con los cuales Cataluña se puede comparar.

Existe un principio general en salud pública. En cada momento de la evolución de la humanidad y de sus culturas, la salud (y sus alteraciones, que las ciencias médicas han clasificado en enfermedades) tienen siempre unos determinantes multifactoriales. A veces, cuando se pone el énfasis en la investigación del origen de algunas de estas alteraciones se habla de causas. Históricamente, las políticas de salud pública han ido dirigidas a intentar modificar estos determinantes bajo suposiciones, más o menos contrastadas, que una modificación de los determinantes tendría un impacto positivo en la reducción de las alteraciones de la salud.

La existencia de políticas va ligada al convencimiento de aquellos quien, en una comunidad, ostenta autoridad y, sobretodo poder, o parcelas importantes de poder, de que una actuación "política" puede mejorar la salud o prever o evitar su deterioro (en todos o en algunos). En las últimas décadas, como en tantos otros campos de la política social, la autoridad, para legitimarse, ha de basar este convencimiento en evidencias basadas en el conocimiento científico. No obstante, las políticas de salud, como todas las otras políticas, también están influenciadas y legitimadas por muchos otros factores, además de la evidencia científica, y seria ingenuo pensar que en el campo de la salud esto fuera diferente.

DE LA CAUSA MÁS INMEDIATA A LOS DETERMINANTES MÁS GLOBALES.

Siguiendo lo que decíamos más arriba, se han definido políticas dirigidas a identificar y controlar los determinantes más directos de unas o varias enfermedades específicas cuando esta identificación y/o control se percibe como efectiva y como factible con los instrumentos disponibles y mobilizables. Es decir, definir intervenciones factibles de los poderes públicos para intentar transformar un aspecto específico y controlable de la realidad con el convencimiento, el conocimiento o la esperanza que esto implicará una reducción de la magnitud del sufrimiento o la enfermedad. Históricamente, podríamos encontrar políticas: medidas, coercitivas o no, ante las epidemias de enfermedades transmisibles que regularmente asolan a las comunidades humanas. Desde ya hace años este criterio se ha ampliado a todo tipo de enfermedades: cáncer, enfermedades respiratorias no infecciosas, etc... Para tirar adelante estas políticas, la mayoría de países, incluidos España y Cataluña, tienen establecidas estructuras institucionales

públicas dotadas de conocimientos, autoridad, recursos propios y capacidad de influenciar en otras instituciones. En Cataluña hay recursos propios de los ayuntamientos, de las Diputaciones, de la Generalitat, de otras entidades gubernamentales y se acepta que gran parte de la red asistencial, que está dirigida sobretodo a atender a las personas que ya han perdido la salud, ha de hacer también tareas de "salud pública", es decir, actuar sobre los determinantes de la salud. Se suele hablar del médico Ramón de Teserach (Siglo XIV), que fue contratado por el Consejo de Ciento, en función de la autoridad que se le reconocía por su conocimiento, para que aconsejase sobre las medidas a tomar para controlar las epidemias. A sus sucesores, a lo largo de los siguientes 600 años, se les ha ido dotando de recursos y cierto poder para dictar medidas coercitivas y para implementar actividades y además, cuando el poder no les era concedido, han intentado cargarse de más o menos autoridades para influir a ciertos sectores de la comunidad para adoptar o abandonar ciertos hábitos o estilos de vida. Podemos considerar dentro de este paradigma, a los profesionales actuales de salud pública, herederos de este planteamiento; pero también lo son muchos de los servicios asistenciales personales que habitualmente, en este trabajo, los hemos considerado aparte.

Si revisamos los grandes temas de la salud pública de los últimos 20 años encontraremos una lista de políticas de salud pública que, o bien son continuación de políticas anteriores, o bien aparecen durante estos años por razones que se cabría analizar individualmente fuera del ámbito de las discusiones de este comité. Estos temas han quedado englobados dentro de las políticas de "salud pública" y separados de otras políticas de atención sanitaria". Por razones que quedan también fuera del ámbito de discusión de este documento, que también es común en otros campos de las políticas públicas, la explicitación de las políticas de salud pública y la dotación de recursos para ejecutarlas no siempre han ido juntas.

Descripción	Evolución en los últimos años (1980-2005)
Vigilancia epidemiológica de enfermedades conocidas	Parece que no ha alcanzado aumentar la financiación y desplegarse de forma efectiva como sí lo ha hecho en otros países y en otras comunidades autónomas. Suele dar políticamente una imagen de seguridad que no está basada en la realidad.
Vigilancia epidemiológica de nuevas enfermedades (incluso el bioterrorismo), enfermedades reemergentes.	Ídem que el anterior, pero en algunos casos (SIDA años 80/90) alcanzó sistemas bastante sofisticados.
Abuso de sustancias psicoactivas y adictivas tradicionales (tabaco, alcohol,..	Éxitos relativos (a remolque de Europa) en el control del tabaquismo. Pocos cambios en la política del alcohol.
Abuso de sustancias psicoactivas nuevas (drogas ilegales,...)	
Alimentación y nutrición	Interés creciente para la calidad alimentarla y la nutrición. Pocas políticas explícitas.

Descripción	Evolución en los últimos años (1980-2005)
Contaminación de los alimentos	Diversas crisis alimentarias que han puesto el tema en la agenda política y han llevado a la creación de agencias específicas
Medio ambiente y salud	Gran aumento de la preocupación ciudadana y creación de políticas e instituciones más allá del terreno tradicional de la salud pública.
Salud pública bucodental	Poca actividad
Salud mental	Continúa siendo un campo inexplorado sin políticas establecidas.

Políticas de salud pública en Cataluña

No obstante hay otra aproximación más "política" radica en el reconocimiento, que no es nuevo, de que los determinantes de la enfermedad son mucho más globales e inespecíficos que los que sus causas directas indicarían, es decir, que un determinante (por ejemplo, la pobreza) influye en muchas "enfermedades". Por poner un ejemplo, los sanitaristas siempre han sabido que, más allá del bacilo de Koch, que es una causa directa y necesaria, la tuberculosis es una respuesta del ecosistema humano a una determinada organización de las comunidades humanas cuando éstas se basan, por ejemplo, en la desnutrición, la falta de higiene y la acumulación de una proporción importante de los miembros de su comunidad y además, estas condiciones de vida favorecen muchas otras "alteraciones de la salud" además de la tuberculosis (por ejemplo: la mortalidad infantil, la depresión, ...).

La transformación de la organización social hacia a un orden social diferente donde la tuberculosis (y otras alteraciones) no pudieran aparecer y extenderse, es decir, donde una gran proporción tuviera asegurada una nutrición suficiente y condiciones de vivienda mínimas, podría ser un objetivo de "política sanitaria" pero ha de ser considerada una tarea ambiciosa para las políticas de "salud pública". Unos consideraran factible este tipo de políticas y otros, desproporcionada a las posibilidades (y presupuestos) públicos.

Cabe recordar tal vez, que las consideraciones de salud pública han jugado en momentos históricos un rol clave en las transformaciones sociales. Un ejemplo, en 1854, el derrumbamiento de las murallas de Barcelona, no se puede explicar sin el alegato del médico municipal Monlau a propósito de las condiciones sanitarias que se vivían dentro de la ciudad amurallada. Pero la historia parece confirmar que no se puede entender la influencia de Monlau y de la "salud pública" si no se comprende la alianza con otros factores contemporáneos: las necesidades de suelo industrial para construir nuevas fábricas, el incremento de los alquileres por la escasez de la vivienda que mantenía los alquileres a unos precios inalcanzables para la clase trabajadora, la pérdida de autoridad del ejército en un momento de reformas constitucionales, entre otras.

Hay pues, una cierta sensibilidad política de la salud pública de la que habitualmente sólo recordamos los éxitos, pero que también está repleta de "fracasos", es decir, de incapacidad de influir o de transformar, o por decirlo de otra manera, sesgada por un análisis idealizado del peso de las consideraciones sanitarias en la evolución de las comunidades humanas. En los últimos años, en muchos países, cuando se ha hablado de políticas sanitarias, se ha trabajado en la definición de estas visiones más ambiciosas que han tenido un papel en el discurso político global. Algunas de estas visiones, después de unos ciertos años, han desaparecido del discurso público y han sido sustituidas por otras después de haber influido más o menos en la toma de decisiones.

Finalmente, hay que recordar que el desarrollo de los sistemas universales de atención sanitaria que, recordemos, no tienen más de medio siglo de historia, los ha convertido en un sector importante de la economía de las sociedades contemporáneas. Hay pues, una tendencia a querer influir en la manera cómo se prestan estos servicios con la suposición que hay actuaciones alternativas que mejorarían los resultados en los niveles de salud, incluida en ciertos ejemplos, la no provisión de los servicios. Autores como Ivan Illich hicieron ya en la década de los 60 y 70 una crítica profunda del sufrimiento y la enfermedad que la introducción de los servicios sanitarios acabaría produciendo. Una tendencia mundial es tratar de influir para que los servicios de atención sanitaria dispensen actividades de promoción de la salud y prevención primaria, prevención secundaria o diagnóstico precoz, incluso cribajes poblacionales, y prevención terciaria, de las secuelas de las alteraciones de la salud. En estos casos se intenta establecer evidencia científica y criterios de en qué casos esto es aconsejable. El intento más conocido que se ha hecho desde la salud pública ha sido la planificación por objetivos sanitarios, que resumimos localmente en el plan de salud. Este instrumento planteaba la elaboración de políticas a partir de los objetivos de salud y ha sido implementado en los últimos quince años en Cataluña sin que haya demasiada evidencia sólida sobre su influencia: positiva o negativa. A pesar de esto, hay muchos indicios también positivos y negativos que habrían de servir para mejorar la "política de salud pública" frente a los "servicios asistenciales".

ESTRATEGIAS ORGANIZATIVAS Y MARCO INSTITUCIONAL

La difusión del modelo de agencia

No hay duda de que el concepto **agencia**, aplicado para definir estructuras organizativas de las administraciones públicas, ha alcanzado en los últimos años mucho atractivo. Esto ha comportado que, hoy en día, encontremos esta palabra para definir todo tipo de organizaciones públicas, y por tanto, su significado nos muestra un cierto grado de ambigüedad, a la vez que, sin duda, también genera cierta fascinación como referencia de nuevos modelos de gestión pública.

No es este el lugar para revisar la génesis de este concepto, pero hay que reconocer que la influencia anglosajona en la difusión de la palabra "agencia" es muy importante. Los Estados Unidos históricamente han utilizado habitualmente esta palabra de forma genérica para caracterizar todo tipo de organismos públicos, dejando aparte los departamentos ministeriales clásicos. Así, encontramos todo un tipo de organizaciones, muchas de ellas sin llevar formalmente

el nombre de agencia, que son consideradas como tal. Podemos añadir además, que la primera difusión de este término, especialmente durante los años ochenta, se produjo en diversos países anglosajones, como Gran Bretaña o Australia, en el marco de amplias iniciativas de renovación políticas públicas, que incluía también una vertiente organizativa, de renovación de la propia administración pública. Así, las "next step agency", basadas en los principios de la nueva gestión pública, fueron un conjunto de iniciativas impulsadas por los gobiernos ingleses, que querían potenciar la descentralización y la autonomía en la gestión, la utilización de los mecanismos de mercado y la medida constante de los rendimientos, como forma de mejorar la gestión pública. Ya en los años noventa, los principios de la nueva gestión pública se han extendido por todo el mundo, y con ellos, el concepto de agencia como fórmula organizativa a impulsar. Una fórmula sin duda idealizada, pero que en muchos casos, recoge los ánimos de cambio y renovación de las administraciones públicas.

En efecto, el nombre de organizaciones públicas que podríamos nombrar, de forma genérica, como agencias –en muchos casos porque ya se definen así- no ha dejado de crecer en los últimos quince años. De ser consideradas como soluciones institucionales para casos muy excepcionales, el modelo de agencia se ha generalizado para dar respuesta a las diversas necesidades organizativas de las administraciones públicas. Asumiendo algunas características de la nueva gestión pública, de forma más o menos intensa, y rompiendo con los modelos jerárquicos y homogeneizadores de las administraciones tradicionales, el modelo de agencia tiene dos elementos de identificación claves: una identidad organizativa claramente propia y distintiva, separada de la estructura departamental de la administración, y la presencia de profesionales altamente especializados en las tareas que son específicas de la organización. Otros aspectos pueden variar, según la naturaleza de la agencia, así como sus funciones y finalidades; en cualquier caso, es importante señalar que uno de los aspectos que encontramos de forma más habitual en las agencias es que tienen una función o misión bien definida, claramente especificada, y libre de tensiones políticas o de conflictos de preferencias sobre los objetivos a alcanzar.

En general, el papel de los políticos es menor en las organizaciones que toman la orientación de agencia, ya que habitualmente existe un cierto grado de delegación de funciones a los técnicos y profesionales que son responsables (más o menos intenso según la tarea que lleve a cabo la agencia). Ahora bien, esto tiene sentido, y puede funcionar correctamente, siempre y cuando no hay represente un debate político, o dilemas sobre criterios y valores en el interior de la agencia. En la medida que estas tensiones –habituales en muchos temas de política pública- estén presentes, su gestión tiene una naturaleza política que hace más adecuado que la responsabilidad directa esté en manos de los propios cargos políticos, y del conjunto de instituciones políticas especializadas en tratar este tipo de dilemas. Por una parte, su grado de limitación es muy superior para hacerlo directamente, y por otra, trasladar a una agencia funciones que tienen una dimensión esencialmente conflictiva puede bloquear la capacidad para resolver los problemas de carácter esencial técnico.

Tipos de agencias

Presentamos a continuación una clasificación bastante habitual de los tipos de agencias. Esta clasificación nos permite distinguir las agencias en este sentido, según sus funciones; así tenemos:

- **Reguladoras:** estas agencias tienen la función de hacer el seguimiento de las regulaciones públicas sobre diferentes ámbitos de actividad económica o social. Sus instrumentos de intervención tienen generalmente una dimensión coercitiva, ya que sus tareas se orientan a la guía y control de las actividades económicas (y sociales) reguladas. La tendencia a la autonomía –independencia- de las agencias reguladoras creadas en los últimos años es muy intensa, sobretodo cuando se trata de regular mercados de productos y servicios con economías de escalas y problemas de externalidades negativas. Sus objetivos tienen a ver tanto con la protección de riesgos laborales como con el aumento de la eficiencia de los mercados.

- **Implementadoras**: estas agencias se orientan hacia la gestión de programas e iniciativas de políticas, definidos en otros ámbitos diferentes, a menudo de carácter departamental. Las agencias implementadoras tienen unas misiones bien perfiladas y claras, que tal vez requieren una cierta flexibilidad técnica y una elevada especialización profesional, pero que no generan demasiados problemas de control, porque su rendimiento es fácilmente mesurable y visible. Sus grados de autonomía "política" suelen ser bastante reducidos, a pesar de que podemos mostrar bastantes singularidades en sus características organizativas y en la gestión de los recursos humanos.

- **Evaluadoras**: las agencias encargadas de tareas de evaluación tienen sistemas de protección que les permiten evaluar unidades de la propia administración pública, o entes con fuerte relación con ésta (incluyendo otras agencias). Este es el motivo de su autonomía, esencialmente de tipo profesional, más que política. Sus tareas son las de recoger información, revisar e informar al conjunto de la comunidad, y a los propios políticos en primer término, de los rendimientos alcanzados por las políticas públicas impulsadas, y también de participar en la evaluación de los programas que se inician (incluyendo gestionar la evaluación técnica de solicitudes, proyectos, etc.).

- **Asesoras**: las agencias asesoras se ocupan de producir conocimientos especializados, desde dentro del propio sector público, para contribuir a la toma de decisiones sobre las políticas públicas y permitir un conocimiento más fundado, y libre de influencias, de las decisiones públicas. En este ámbito, aún es poco habitual utilizar la palabra "agencia" para caracterizar a estas organizaciones de asesoramiento.

- **Agencias coordinadoras**: las agencias coordinadoras tienen la función de establecer una conexión entre diferentes administraciones públicas (de diferentes niveles, territoriales, de diferentes territorios, de diferentes sectores) en relación a un tema concreto, con la finalidad de evitar la dispersión de esfuerzos, iniciativas, etc… en diferentes direcciones. No hay duda de que es una figura complicada, que sólo funciona correctamente en casos especiales, cuando hay un contexto institucional que favorezca la coordinación (caso de la UE), y que el conflicto político habitual es poco intenso por motivo de la elevada especialización de la materia objeto de la coordinación.

Modelos organizativos y salud pública

Podemos observar mucha flexibilidad en la relación entre los diseños institucionales y las funciones de gobierno, ya que, en general, las instituciones se adaptan bastante a las funciones que se requieren. Ahora bien, esto no significa que lo hagan con los mismos resultados. Por un lado, los problemas a afrontar pueden ser más o menos intensos y, en segundo lugar, los diseños institucionales tienen a menudo una fuerte influencia en la forma como se definen las preferencias, orientando los instrumentos y las políticas en una u otra dirección. En este sentido, al reflexionar sobre un modelo organizativo adecuado por una unidad administrativa de ámbito público, hay que tener presente, al menos, los siguientes elementos:

- Una **misión** que orienta de forma central los objetivos de la organización.

- Un **conjunto de funciones** de las que se define su contenido y el ámbito en el que se desarrollan.

- Unas **responsabilidades y poderes** que permiten llevar a cabo, utilizando las capacidades de la intervención pública, los objetivos establecidos.

- Una **estructura**, una manera de dividir y posteriormente coordinar el trabajo para realizar actividades encaminadas a cumplir las funciones asignadas.

- Un **sistema de financiación**, que garantice la obtención y el mantenimiento de los recursos para llevar a cabo las actividades.

- Una **forma institucional**, que ha de ser coherente con los elementos anteriores y permitir el mejor desarrollo de las actividades en el marco del conjunto de instituciones públicas.

Una vez fijados unos objetivos y decididos los servicios a prestar es plausible suponer que existen combinaciones específicas de estructura, responsabilidades, financiación y forma institucional que permiten optimizar la prestación (aunque que esta combinación no tiene por qué ser única). En cualquier caso, hay que tener presente la complejidad del modelo organizativo del sector público es muy superior ya que abarca un elevado número de organizaciones, cada una con su modelo específico que se ha de coordinar con el resto.

Bienes públicos y políticas públicas

En el ámbito de la salud pública, encontramos que, desde el punto de vista de las políticas públicas, se concentran a menudo una amplia oferta de bienes públicos para el conjunto de la población, y que por lo tanto, su existencia tiene una justificación muy intensa para mantenerse de forma indiscutible dentro del conjunto de las responsabilidades públicas. Se trata de bienes públicos ya que los servicios de salud pública tienen a menudo un componente de oferta conjunta muy fuerte, y además, a menudo no es posible poner restricciones a los beneficios de las intervenciones de salud pública. De hecho, en los países desarrollados no encontramos casos en los que las responsabilidades básicas de la salud publica se han dejado en manos privadas,

más allá de la provisión o producción de determinados servicios, y siempre bajo la supervisión de los responsables públicos.

Las intervenciones de salud pública combinan tres principios diferentes de políticas públicas, cada una de ellos con sus ventajas y problemas específicos. Éstas son, la distribución de recursos, la regulación, y la coordinación. En primer lugar, hay que hacer políticas basadas en la distribución de recursos. Las políticas de prevención y promoción de la salud (vacunas, 'screening', información, etc...) entran claramente en esta categoría. Implican distribuir recursos e información a la población, y por su naturaleza, no funcionan demasiado los mecanismos basados en incentivos o dinámicas de mercado. No obstante, los beneficios derivados de la prevención pueden justificar sobradamente –aunque aplazado en el tiempo- los esfuerzos realizados. Estas políticas implican la implementación de programas operativos, a través de estructuras de gestión específicas o dentro de organizaciones ya existentes especializadas en la provisión de servicios sanitarios.

Las políticas basadas en la regulación y el control tienen dos vertientes en la salud pública. Por un lado, la vigilancia epidemiológica, que hace un seguimiento de la situación de las infecciones y epidemias entre la población. Estas actividades tienen como objetivo un control de las situaciones con riesgos colectivos para la salud, y a veces requieren de intervenciones especiales, urgentes, y con un elevado componente técnico. Por otro lado, tenemos las actividades de protección de la salud, que tienen un componente muy elevado de utilización de regulaciones y de control y vigilancia, con la utilización de diversas formas de coacción, si es necesario. Los problemas habituales relativos a la regulación y el control tienen que ver con la complejidad de la supervisión para disponer de la información adecuada.

Finalmente, la tercera forma de intervención en salud pública sigue el principio de la coordinación, y tiene también como objeto impulsar de forma eficaz diversos ámbitos de protección de la salud, en los cuales es necesario integrar esfuerzos de diferentes departamentos o unidades administrativas. Cuando las responsabilidades se encuentran demasiado repartidas, y es muy complicado reintegrarlas –porque se generarían nuevos problemas en otros ámbitos de acción pública- entonces las fórmulas de coordinación son más adecuadas. Hay muchos estilos de coordinación diferentes, desde repartir las tareas de forma dialogada o informal, hasta fórmulas que estén soportadas intervenciones de carácter jerárquico de nivel superiores.

Así, después de esta breve revisión, podemos deducir que bajo la palabra agencia hay presentes realidades institucionales y organizativas muy diversas, según como histórica y políticamente se haya enfocado su diseño. Si revisamos, por ejemplo, las agencias de seguridad alimentaria que hay en el mundo, encontraríamos que algunas se orientan fundamentalmente a ejercer como organizaciones que aplican regulaciones y ejercen control, mientras que otras agencias realizan básicamente tareas de asesoramiento a los gobiernos, o bien hacen tareas de evaluación técnica y valoraciones públicas de riesgos. Según sus funciones, las agencias de seguridad alimentaria en cada país tienen unas relaciones diferentes con los gobiernos, y sus poderes reguladores y de sanción, también varían bastante (L. Hellebo, "Food Safety at Stake –the Establishment of Food agencies", Stein Rokkan Centre for Social Studies, 2004).

ORGANIZACIÓN Y ASPECTOS LEGALES

Elisabeth Jané, Joan R. Villalbí

FUNCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA.

Para definir una organización es indispensable saber qué ha de hacer. Sus funciones y servicios nos lo dicen. Por eso conviene definir las funciones y servicios de salud pública de forma clara. El resultado será tener bien claro a qué ámbitos nos referimos cuando hablamos de las organizaciones de salud pública.

¿Cuáles son las actividades básicas de salud pública que han de cubrir todo el territorio? La agrupación en las tres grandes funciones propuestas por el Institute of Medicine (IOM) es relevante [1], pero también resulta útil aproximarse a los diez servicios esenciales definidos posteriormente [2] y que se recogen en la mesa.

Funciones y servicios esenciales de salud pública.

Valorar las necesidades de salud Monitorizar y valorar el estado de salud y sus determinantes. Diagnosticar e investigar problemas y riesgos para la salud.
Desarrollar políticas Informar, educar y dar poder a la población en temas de salud. Fomentar colaboraciones y alianzas para identificar y resolver problemas de salud. Desarrollar planes y políticas de salud pública que den soporte a los esfuerzos individuales y comunitarios en favor de la salud.
Garantizar la prestación de los servicios básicos Aplicar las leyes y normas que protejan la salud y garanticen la seguridad. Conectar las personas con los servicios sanitarios que necesitan y garantizar la provisión de los servicios básicos. Garantizar la competencia del personal que proporciona servicios de salud pública. Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios individuales y poblacionales.
Investigar de forma aplicada Investigar nuevos aspectos y soluciones innovadores para los problemas de salud.

Hoy en Cataluña, buena parte de estas funciones y servicios no son ejercidos exclusivamente por los servicios de salud pública. Esto es habitual en nuestro entorno, donde la organización de los servicios públicos no responde sólo a criterios conceptuales, sino también históricos, inerciales, o relacionados con criterios de equilibrio organizativo [3]. Además, hay temas que están en la frontera con otras disciplinas. Seria un error ignorar estas realidades, y proponer un esquema que hiciera abstracción. Con todo esto, desde nuestra perspectiva, no deja de ser deseable que las funciones de salud pública estén cubiertas por una misma organización.

UN MARCO DE ANÁLISIS

En general las organizaciones se estructuran en función de la agrupación de las personas que forman parte según los conocimientos y la tecnología que emprende, según el tipo de cliente al que dan servicio, o bien según el territorio que han de cubrir.

Desde el punto de vista de los conocimientos y la tecnología del personal, sería razonable distinguir cuatro bloques, en los que se pueden agrupar la mayoría de los profesionales del sistema:

- Profesionales con formación en salud pública, que gestionen sistemas de información (con habilidades y experiencia en la gestión de bases de datos, su análisis y su capacidad para derivar informes), programas (con habilidades y experiencias en el diseño, ejecución y evaluación de programas, a menudo en combinación con otras estructuras, lo que requiriere buenas habilidades relacionales) y vigilancia epidemiológica, tarea que plantea algunas especificidades (con conocimientos en enfermedades infecciosas y microbiología y habilidades de relación con estructuras clínicas y con la comunidad). La mayoría son médicos, aunque también hay otros profesionales relacionados con la salud, y a menudo trabajan en combinación con otros profesionales más centrados en la recogida de datos y la ejecución de programas.

- Profesionales que ejercen tareas propias de la autoridad sanitaria, que incluye las de inspección sanitaria y las relacionadas con la capacidad coercitiva del estado de derecho sobre personas y establecimientos. El grueso son veterinarios implicados en el control de la seguridad alimentaria.

- Profesionales que realizan tareas de soporte de laboratorio a los anteriores. Se trata, en general, de personas formadas en ciencias químicas y biológicas, incluyendo farmacia.

- Profesionales que ejercen tareas de administración general, de apoyo a las tareas anteriores, entre los cuales predominan economistas y abogados.

Aparte de un núcleo de profesionales en los servicios centrales, buena parte de las funciones de valoración de necesidades y de desarrollo de políticas mencionadas antes se realizan por profesionales que no tienen esta función como responsabilidad principal, sino que lo hacen a la vez que prestan servicios básicos. Esto plantea tanto ventajas como inconvenientes. Por una parte, puede facilitar que estas funciones estén muy cercanas a la realidad que los profe-

sionales implicados tienen las habilidades y las actitudes apropiadas, pero por otra, puede hacer que estas funciones no se desarrollen realmente si los profesionales que prestan servicios no las tienen.

Desde el punto de vista del cliente al que han de servir, cabe distinguir tres grupos [4]:

a) De un lado, los servicios que se realizan para otras organizaciones públicas, que incluyen la propia administración autonómica, los ayuntamientos y estructuras y profesionales del sector sanitario.

b) De otro lado, los servicios que se realizan para clientes 'finalistas', como los afectados por determinados problemas de salud o algunos grupos de población (infantes o escolares...).

c) Finalmente, los que se hacen para determinadas personas físicas o jurídicas en el ejercicio de la autoridad sanitaria, especialmente establecimientos alimentarios y aquellos que plantean especificidades sanitarias.

Pensando en la lógica organizativa tal vez tenga sentido agrupar los clientes en tres bloques:

- Los que responden a una lógica institucional vinculada al gobierno autonómico o a los gobiernos locales.

- Los que tienen a ver con clientes finalistas del tipo de personas, familias, asociaciones o empresas (en el fondo, se trata de personas físicas o jurídicas).

- Los que tienen que ver con estructuras intermedias, que pueden tener una vinculación con instituciones del primer o segundo grupo, pero que, por sus dimensiones y dinámica propia de funcionamiento, responden también a otras lógicas, notablemente las profesionales (como serían las escuelas o los centros de atención primaria de salud).

Desde un punto de vista territorial cabe distinguir tres niveles: central, regional y local.

1. El central corresponde a las actividades que se realizan o pueden hacerse mejor por motivaciones de competencias, economía de escala y masa crítica de forma centralizada. Incluye buena parte de las acciones de definición y evaluación de políticas y programas, así como su ejecución, cuando ésta no precise hacerse sobre el terreno. Incluye también la gestión de las bases de datos y sistemas de información precisos. El soporte de laboratorio tiene sentido plantearlo de manera centralizada aprovechando economías de escala, especialmente con la tendencia a la especialización y automatización que los costes y las necesidades de acreditación plantean.

2. El regional ocupa un espacio intermedio entre el nivel central y el nivel local, con las peculiaridades propias de la ciudad de Barcelona, que tiene una dimensión regional y también local.

3. El nivel local es aquel en que se ejecutan las acciones que materializan políticas y programas y, a menudo, también el que genera la información que sustenta las bases de datos.

Ahora bien, este esquema territorial se ha de superponer a la distribución institucional del poder político. En Cataluña está muy claro que a la legitimidad democrática del poder local y del poder autonómico, garantizada por las elecciones locales y autonómicas, se superponen estructuras intermedias generadas por los dos niveles de gobierno. De un lado, se trata de las estructuras territoriales en que se organizan los servicios autonómicos. Por lo que respecta al SCS destacan las ABS, los Sectores Sanitarios y las Regiones Sanitarias. Por lo que respecta a los servicios de salud pública, hasta ahora dominaba la lógica provincial (con el desglose subyacente en Barcelona entre la ciudad y el resto de la provincia). De otro lado, están las estructuras agregadas relacionadas con los gobiernos locales: Consejos Comarcales (no demasiado activos en salud) y las Diputaciones.

Pero también es relevante ver quién define cómo se han de hacer las actividades (ámbito normativo, de definición de políticas y de conducción) y quién las ha de ejecutar. En este sentido, el ámbito normativo corresponde más a los dos niveles de gobierno existentes: autonómico y local (municipal), los dos legitimados políticamente por procesos electorales y con autonomía. Si bien es cierto que hoy predomina el autonómico por el volumen de recursos de que dispone, no es menos cierto que el municipal está también legitimado, y que muchos municipios grandes y medianos disponen de servicios propios de salud pública.

En cualquier caso se propone valorar de forma ecléctica dos niveles de organización de los servicios:

- Servicios centrales. Su ámbito territorial es el conjunto de Cataluña. Concentran el ámbito normativo y los servicios más especializados o tecnificados (en análisis de datos o de laboratorio) por la lógica de las economías de escala. Han de generar apoyo a los servicios regionales/locales ante situaciones que los ultrapasen.

- Servicios regionales/locales, basados en organizaciones regionales o de sector. Su ámbito territorial es, en general, una región sanitaria (en el caso de Barcelona, la ciudad), un sector sanitario o una agrupación operativa de sectores. Constan de una estructura que es capaz de relacionarse por un lado con los servicios centrales, y por otro, de ejecutar los servicios. Ha de mantener un flujo de relaciones con sus clientes, contribuir a la planificación y evaluación de los servicios de la región/sector y apoyar a los servicios locales ante situaciones que los sobrepasen.

EXPERIENCIAS DE ORGANIZACIÓN

Las experiencias de organización son siempre únicas y se derivan en buena parte de la tradición histórica y política de cada país. No hay experiencias directamente extrapolables a realidades diferentes de aquellas que las ha generado. A nuestro entender, hay algunos elementos que se ha tener en cuenta al pensar en una reforma de los servicios de salud pública para Cataluña. Entre otros queremos citar:

- La tradición federal de los Estados Unidos de apoyo técnico central a los servicios locales en la vigilancia epidemiológica [5]. El paradigma es el personal del CDC que da apoyo directo a determinadas situaciones, pero también la red de Internet que opera el CDC.

- La tradición francesa de cuerpo centralizado de funcionarios de alta excelencia técnica y con criterios y protocolos unificados, aplicada al caso del control alimentario.

- La tradición británica del profesional directivo con formación en salud pública pero cercana a los servicios sanitarios, que vela por la visión poblacional sobre los servicios asistenciales, pero de relevancia sanitaria que va más allá de su rendimiento clínico individual (vacunas, cribajes...). En los últimos años, estos profesionales han tenido una creciente influencia en la planificación de servicios a través de las decisiones sobre compra de servicios.

- La organización en ámbitos territoriales comarcales o de sector sanitario experimentada en España en Comunidades Autónomas que reformaron sus servicios de salud pública después de recibir las transferencias de la administración central, hace poco de veinte años. En la Comunidad Valenciana se hicieron estructuras de ámbito comarcal propias de los servicios de salud pública. En Andalucía se hicieron estructuras basadas en el distrito sanitario, equivalente a nuestro sector sanitario, agrupando los servicios de salud pública de forma más cercana a los servicios asistenciales.

LAS FORMAS ORGANIZATIVAS ACTUALES DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

Hay que tener en cuenta que de hecho en Cataluña en los dos niveles de gobierno (autonómico y local: la Administración Central del Estado tiene un papel limitado a la sanidad exterior) se superponen diversos marcos territoriales potencialmente relacionados con la salud pública [6]. La búsqueda actual de una expresión organizativa nueva para la realidad metropolitana añade complejidad.

Desde el punto de vista territorial, actualmente los servicios tienen su proyección en los servicios centrales del Departamento de Salud y los servicios más cercanos al territorio, que se expresan a través de las Delegaciones Territoriales. Los ayuntamientos grandes y medianos suelen tener servicios propios [7]. De forma no homogénea, los servicios de salud pública tienen también una expresión alternativa en las estructuras propias de los servicios sanitarios: en las regiones sanitarias del SCS, y en el caso de los proveedores de servicios de atención primaria como el ICS en los Servicios de Atención Primaria (SAP). En las regiones sanitarias del SCS suele haber profesionales o unidades que velan por la cobertura de diversos programas y actividades de gran interés para la salud pública y la ejecución de los cuales suele estar ligada a los servicios clínicos. En las SAP suelen haber profesionales vinculables al primer grupo (algunos de los proveedores diferentes del Instituto Catalán de la Salud (ICS) no tienen profesionales vinculados a la salud pública). Los equipos de atención primaria desarrollan funciones de ejecución de determinados programas de salud pública, realizando algunas de las funciones de los sanitarios locales que están integrados. Este aspecto ha sido analizado recientemente [8].

La financiación de los servicios de salud pública ahora se hace desde el presupuesto sanitario transferido por la administración central por los servicios del Departamento de Salud, tanto centrales como periféricos (incluyendo el coste de los sanitarios titulares locales), y por el presupuesto de los gobiernos locales que tienen servicios propios. La ciudad de Barcelona plantea una situación peculiar, al recibir la ASPB financiación de las dos administraciones.

Correspondencia entre ámbitos territoriales e instituciones activas en salud pública. Cataluña, 2004.

Instituciones / Ámbito territorial	Departamento de Salud	Servicio Catalán de la Salud	Instituto Catalán de la Salud y otros proveedores	Ayuntamientos y diputaciones
Cataluña	Servicios centrales	Área sanitaria	-	-
Provincias	Delegaciones territoriales	-	-	Diputaciones
Barcelona	ASPB	CSB	-	ASPB
Regiones sanitarias	-	*Staff*	-	-
Sectores	-		Técnicos de salud	Si coincide con municipio grande/medio
ABS	-	-	EAP	Si coincide con municipio grande/medio
Municipio	Sanitarios locales	-	-	Municipios grandes y medianos

ASPECTOS LEGALES

La regulación de la estructura de los servicios de salud pública se basa en normas de principios del siglo XX, actualizadas a la posguerra. Las dos normas legales más recientes que cabe tener en cuenta son la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990, modificada parcialmente en 1995, y la Ley de Protección de la Salud (LPS) de 2003. Las propuestas que se formulan las han de tener en cuenta y la formulación de la LPS permite contemplar un esquema transitorio basado en ésta para después progresar en base a un marco normativo nuevo. Hay que tener también en cuenta que la Ley de la Carta Municipal de Barcelona de 1998 sustenta la peculiaridad de la estructura de los servicios de salud pública en la ciudad.

CRITERIOS PARA UNA ORGANIZACIÓN DE FUTURO

A partir de la información recogida y los análisis hechos se proponen algunos criterios para tomar decisiones en el ámbito de la organización de la salud pública.

- Conviene buscar la coherencia entre las estructuras en que se organizan ahora los servicios de salud pública y las competencias, las funciones y los recursos que han de servir para estructurar el esquema futuro. La introducción de cambios se ha de hacer de manera progresiva para evitar disfunciones.

- El punto de partida, por lo que respecta a los servicios diferentes de los centrales, habrían de ser los servicios territoriales, las regiones sanitarias y los servicios municipales allá donde existen, así como el diseño ya previsto por la legislación vigente para los servicios de protección de la salud. La ciudad de Barcelona ya tiene un esquema propio y razonable que se ha de mantener.

- La tendencia actual a buscar alrededor de Cataluña entes territoriales que faciliten la gobernabilidad del sistema sanitario y la integración de instituciones y servicios de manera que preserve la visibilidad, titularidad y responsabilidad de cada uno, puede ser extrapolable a la salud pública, sin que esto lleve a forzar su correspondencia exacta con las estructuras que se adopten para la salud pública.

- El respeto a la autonomía de los gobiernos locales y del gobierno autonómico puede llevar a diseñar un período de transición para el desarrollo de servicios locales apropiados a partir de los actuales servicios regionales/territoriales del Departamento de Salud y de los servicios municipales, allá donde existan.

- Las estructuras operativas de salud pública han de evitar la existencia de duplicidades y vacíos de responsabilidad y de servicios. En cada territorio y población habría de corresponder una ventana única por lo que respecta a los servicios de salud pública. La convivencia entre diferentes estructuras organizativas no ha de afectar al cliente.

- Las dimensiones mínimas de los servicios operativos han de permitir unas economías de escala y poder responder a las necesidades, combinando una cierta especialización con una dotación que permita flexibilidad.

- Habría que combinar la proximidad y la capacidad de respuesta de los gobiernos locales que han desarrollado servicios propios con la cobertura del conjunto de la población y del territorio asumida por los servicios del Departamento de Salud. Buscar estructuras compartidas de gestión por poblaciones de una cierta dimensión puede ser una opción razonable.

- Aproximar los servicios de salud pública los servicios sanitarios tiene probablemente un gran interés por lo que respecta a la mejora de la cobertura de los servicios preventivos de tipo individual y clínico y, probablemente, también para la vigilancia epidemiológica.

- El importante rol de los servicios clínicos en la administración de muchos servicios de alto interés sanitario no ha de llevar a confundir su papel con el de los servicios de salud pública, que tienen peculiaridades que han de ser preservadas.

- Los aspectos de autoridad sanitaria propios de los servicios de salud pública han de ser preservados, y eso plantea la necesidad de una entidad propia y separada de otras estructuras de prestación de servicios. En los últimos años se han dado situaciones donde la autoridad sanitaria se ha tenido que ejercer sobre estructuras proveedoras de servicios sanitarios; y esto debe ejercerse sin interferencias.

- La separación de las funciones de compra y provisión de servicios ya habitual en el sector asistencial debería de poder permitir encajar la necesaria proximidad entre los servicios de salud pública y las estructuras responsables de la financiación del sistema sin afectar a la autoridad sanitaria. La experiencia de la ciudad de Barcelona parece positiva y extrapolable a otros entornos.

- Habría que preservar una capacidad de evaluación de los servicios de salud pública separada de la gestión de los servicios que, probablemente, deberían corresponder a los servicios centrales, más cercanos a la autoridad política.

- Hay que tener presente la necesidad de que la plantilla que desarrolla las funciones de autoridad sanitaria sea cubierta por personal funcionario, ya que se ha de preservar la presunción de veracidad de la autoridad, notablemente en el ejercicio de las actividades de inspección.

- La dotación económica que financia la dedicación parcial a tareas de salud pública de los sanitarios titulares debería de asignarse a las estructuras de salud pública, de forma que la amortización progresiva de este personal permitiese financiar el nuevo despliegue de los servicios de salud pública.

- A medio plazo podría pensarse que la estructura periférica de los servicios de salud pública se basase en un abanico de organizaciones con estructura de consorcio integradas por los gobiernos locales y el DS-SAS que cubran el conjunto de Cataluña. Su número y dimensiones pueden variar, pero posiblemente puede pensarse en unas 10-25 organizaciones que han de servir a poblaciones que vayan de un mínimo de 100.000 personas a un máximo de 1.700.000 personas (en el caso de Barcelona).

- Una organización de este tipo ha de permitir grados diversos de dotación y de expresión de habilidades en estas organizaciones. Su cartera de servicios ha de poder responder a la realidad que para determinados servicios de alta especialización es razonable practicar economías de escala y no tener desplegados recursos en todas las unidades periféricas. Así, habría que pensar que todas las unidades han de tener acceso a servicios de laboratorio o a información sanitaria relevante para la acción y a criterios para saber utilizar los resultados del laboratorio o del análisis de los datos. Así, no haría falta que todas tengan un laboratorio propio o un equipo propio capaz de analizar en detalle los datos existentes.

REFERENCIAS

1. Institute of Medicine, Committee on the future of public health. The future of public health. Washington: National Academy Press, 1988.

2. http://www.health.gov/phfunctions/Default.htm

3. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. Gac Sanit 1999; 13: 218-25.

4. Duran J, Villalbí JR, Guix J. Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. Gac Sanit 2004; 18: 479-82.

5. Villalbí JR. La organización de la salud pública en un marco federalista. Aportaciones desde la perspectiva de los Estados Unidos. Barcelona: Agencia de Salud Pública, 2004.

6. Informe sobre la salud pública, municipios y red de proveedores. Barcelona: Consorcio Hospitalario de Cataluña, 2004.

7. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. Gac Sanit 2001; 15: 164-171.

8. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, de Maeseneer JM, Hjortdahl P et al. Atención primaria y responsabilidades de salud pública en seis países de Europa y América del Norte: un estudio piloto. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 17-26.

LA CARTERA Y LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Olga Pané, Ricard Tresserras

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La compra de servicios. Definición del cliente, los prestadores y la autoridad

Las actividades de salud pública, como cualquier actividad productiva o de prestación de servicios, se enmarcan dentro de un conjunto de transacciones que determinan un marco económico. Cuando este entorno económico está estrictamente administrado dentro de los órganos de la Administración pública, hablamos de presupuesto económico de las actividades y de asignación del presupuesto a los organismos de la Administración encargados de ejecutar las actividades. La aprobación presupuestaria de una actividad pública es una decisión de la autoridad sanitaria que, con los fondos de que dispone, determina dónde y a quién los asigna. No obstante, estas decisiones políticas tienen mecanismos de control como por ejemplo, la aprobación del presupuesto en el Pleno, en el caso de los municipios.

Así pues, cuando el destino de los fondos es un organismo de la misma administración pública se habla de asignación presupuestaria, mientras que cuando la actividad se externaliza a un organismo o entidad, de carácter público o privado, pero ajeno a la Administración pública, se habla de compra de servicios.

Tradicionalmente la compra de estos servicios se realiza mediante un contrato donde, independientemente de los mecanismos de evaluación y seguimiento que la entidad receptora del contrato disponga, se establecen mecanismos de evaluación a cargo del comprador de servicios y de facturación entre ambos.

Se conoce como proveedor, el prestador de los servicios independientemente de su carácter público, de la Administración pública o no, o privado.

Todo esto, traducido al ámbito de la salud pública, significa que la cadena de actividades que componen el desarrollo de las funciones tienen un vértice en la autoridad sanitaria que determina qué se ha de hacer y cómo se financia, el grado mayor o menor de externalización de las actividades, quién asigna recursos a sus órganos para realizar actividades y quién compra servicios a determinados proveedores, ya sea directamente o bien a través de una agencia encargada de hacer esta compra.

En el ámbito de la salud pública, no hay una sola autoridad sanitaria. La función de autoridad la puede ejercer el Gobierno central, el Gobierno autonómico, o bien los ayuntamientos, en función de las competencias que tienen. Las competencias de las tres administraciones no siempre están separadas nítidamente. Así, nos encontramos que, entre la Administración autonómica y la municipal hay un conjunto de competencias concurrentes que deberían desarrollar-

se a través de acuerdos y pactos o algún mecanismo de consenso. En Barcelona ciudad, la Agencia de Salud Pública es la resultante de este acuerdo entre administraciones para desarrollar las competencias que tienen atribuidas.

Es de interés especial el seguimiento de esta experiencia ya que, por primera vez, se dispone de un órgano "concurrente" para gestionar las competencias "concurrentes" y ésta puede ser una vía de estudio interesante con vistas a las actividades y funciones que desarrollará la nueva Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Las tres administraciones prestan servicios directamente, pero también compran servicios a terceros, ya sean públicos o privados. Igualmente se producen delegaciones de funciones a órganos supralocales (consejos comarcales, diputaciones, mancomunidades, u otros) o a órganos interadministrativos, constituidos con voluntad de actuar como proveedores ante la falta de recursos técnicos y/o económicos y superar así las dificultades derivadas del ejercicio de las competencias. Éste es el caso de la mencionada Agencia de Salud Pública de Barcelona. Tanto las diputaciones como los consejos comarcales pueden prestar los servicios directamente o bien comprarlos.

Es especialmente relevante destacar que en salud pública son externalizables todas las funciones excepto aquellas que comportan el ejercicio de la autoridad (ordenación, sanciones, expedientes, etc.). Así mismo, esto no seria así en los casos en los que el Estado delega competencias a las CCAA, p.e. comercio internacional.

El concepto de autoridad en el ámbito de salud pública no va necesariamente asociado a la responsabilidad. En el campo específico de protección de la salud, donde la mayoría de disposiciones afectan el desarrollo de actividades del sector productivo o servicios, la responsabilidad sobre la calidad de unas determinadas instalaciones es del propietario de estas instalaciones que tiene la obligación de realizar un conjunto de medidas de autocontrol. La autoridad sanitaria en este caso ha de garantizar que estas normas de autocontrol se cumplan de manera adecuada.

La compra de servicios en salud pública a menudo fragmenta la continuidad de una competencia. Un buen ejemplo es la competencia municipal sobre el agua, donde pueden intervenir un número de empresas o entidades dentro del mismo proceso (captación, distribución, potabilización y evaluación del agua de boca). (Ver anexo 1).

Atendiendo a la complejidad del ejercicio de algunas competencias y a las diferentes capacidades de los agentes que compran (por ejemplo los ayuntamientos pequeños o grandes), los procesos de compra de servicios requerirían una mejora en las economías de escala y en la disponibilidad de guías de contratación, con cláusulas claras que especifiquen las necesidades, el objeto de la compra y los precios.

Definición de la cartera de servicios.

En el mundo mercantil se conoce como cartera, o catálogo de servicios, el conjunto de productos, servicios o actividades que una empresa de producción o de servicios puede ofrecer al

mercado, para satisfacer las necesidades de consumo. Conocer qué productos fabrica y puede vender es un instrumento indispensable de la actividad de marqueting de cualquier empresa.

Por analogía, salvando las distancias entre el mundo mercantil y el de la salud pública, podríamos decir que la cartera de servicios de salud pública es todo aquel conjunto de productos, actividades y servicios que se realizan para que las necesidades en salud pública de la población estén satisfechas. Es obvio, que ni las necesidades de salud pública se detectan y comportan como en un mercado normal que alimenta un consumo racional, ni los sistemas de producción de servicios o actividades se realizan siempre desde empresas mercantiles sensibles a las leyes del mercado.

En salud pública, la cartera de servicios ha de precisar qué ofrece, para quién, en qué cantidad y el circuito con la relación de agentes a los cuales hay que recurrir para obtener aquella prestación.

LA CARTERA DE SERVICIOS Y EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD

Las asimetrías y relaciones de agencia que concurren en el sector salud han sido ampliamente descritas y aconsejan la intervención del mercado, por parte del Estado, con el objetivo de proteger los intereses de los ciudadanos. Esta intervención del Estado se produce de múltiples maneras, pero especialmente a través de la regulación del sector, la planificación de los servicios y actividades, la contratación monopsómica, y la financiación de unas actividades y no otras. Todas estas funciones responden normalmente a una política de salud determinada. Las actividades derivadas de esta política de salud son las que conformarán la cartera de servicios.

Las políticas de salud definen qué necesidades cabe atender y con qué prioridad de acuerdo a los recursos disponibles. Establecen qué actividades hay que hacer, de qué manera han de ser hechas y quién es más conveniente que las haga (internalización o externalización). También determinan las normas por las cuales los diferentes agentes que actúan en el sector se relacionan entre ellos y con qué instrumentos lo hacen. (Por ejemplo: en caso de externalización de actividades, ¿quién asume la compra de servicios?, ¿qué naturaleza tiene el contrato?,¿qué contenidos?,¿qué precios? y, ¿cómo se evalúan los resultados?).

Por tanto, el desarrollo de una u otra política de salud determina una u otra cartera de servicios.

Prestaciones que han de figurar en la cartera de servicios. QUÉ.

La situación ideal para definir las prestaciones de salud pública en un sistema de salud, seria que no tuvieran nada definido, que pudiéramos disponer de recursos para hacer un estudio de las necesidades de la población, que estas necesidades las tradujéramos a políticas de salud y que de estas políticas de salud, se pudiera definir un conjunto de prioridades. Ahora bien, este planteamiento ideal es imposible. Entre otras cosas, porque las sociedades en las que no se hubiera hecho nada en el terreno de la salud pública registrarían un retraso tan considerable en su desarrollo que haría difícil un planteamiento como el descrito.

Uno de los impulsores del progreso de una sociedad es su nivel de salud y, en general, éste puede asociarse a la implantación de actividades de salud pública previas (sanear las aguas, eliminar residuos, etc...). Las sociedades avanzadas y desarrolladas como la nuestra, por lo tanto, no parten de cero a la hora de definir las prestaciones de salud pública. Son sociedades que disponen de un importante despliegue legislativo donde se definen claramente las prestaciones y el nivel territorial donde se considera adecuado que se provean.

Si bien hay un amplio consenso en la determinación de algunas de las prestaciones de la salud pública (saneamiento del agua, vacunaciones, registros de mortalidad y sus causas, etc.), esta situación no es extensiva al conjunto de actividades que hoy conforman el mosaico de prestaciones de salud pública de nuestro sistema sanitario. En algunos casos es por la falta de adaptación a las nuevas presentaciones de los problemas de salud; en otros, por la aparición de nuevas tecnologías para el tratamiento de algunos problemas; en otros, por la dudosa prioridad de una actividad ante otra, etc. El hecho cierto es que hay prestaciones de indiscutible validez y que en conjunto todas ellas, las que se aceptan de forma consensuada y las que no, han de ser sometidas a una revisión permanente de su vigencia y eficiencia.

Adicionalmente, y desde la integración de nuestro país a la Unión Europea, no es sólo el ordenamiento jurídico propio el que determina la composición de la cartera de servicios, sino que las políticas de la Unión generan la necesidad de adaptación permanente de las prestaciones que contiene.

Por tanto, qué prestaciones han de estar presentes en la cartera de servicios, y a qué nivel se han de ejecutar (local, autonómico o estatal), es una decisión producto de la legislación vigente, del desarrollo de políticas de salud que tratan de adaptar los recursos a las realidades cambiantes y, finalmente, del modelo político y territorial presente en un país.

Composición actual de la cartera

Tradicionalmente, la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud se ha organizado en tres áreas: promoción de la salud, protección de la salud y vigilancia epidemiológica. A partir del 2001, a estas 3 áreas, se va incorporar la planificación sanitaria, aunque en el 2004 se ha incorporado a la Dirección General de Planificación y Evaluación. En el anexo 2 se muestra un listado de las actividades principales que, según la última memoria del Departamento de Salud, se realizaron desde la Dirección General de Salud Pública. (Memoria DS, 1997).

La composición actual de la cartera de servicios de salud pública en Cataluña es difícil de definir, ya que no se dispone de un catálogo completo de las actividades que se llevan a cabo desde las diversas administraciones que tienen competencias. No obstante, existe un trabajo previo de la situación de la salud pública en Cataluña, donde se hace referencia a las acciones de la salud pública (de la Puente 2001). Probablemente se trata del intento más exhaustivo que se ha hecho en Cataluña para formular una cartera de servicios de Salud Pública y se basa en un esquema que consta de los 7 grandes capítulos siguientes:

a) la autoridad y la planificación sanitaria
b) la información sanitaria
c) la vigilancia epidemiológica
d) la promoción de la salud
e) la prevención de las enfermedades
f) la protección de la salud
g) el laboratorio de salud pública

De todos modos, se trata de un listado que es más bien una recopilación de lo que debería de ser y no de lo que es en la actualidad. Así mismo, aun siendo una lista exhaustiva, se encuentran a faltar algunas cosas que nosotros propondríamos incorporar, como la legislación, la salud laboral, la investigación, la policía sanitaria mortuoria, la formación, la comunicación, y otros aspectos. No obstante, todos estos aspectos pueden introducirse perfectamente en los diversos apartados en que se ordena el listado. A modo de ejemplo, la intersectorialidad o la valoración del impacto sobre la salud podrían situarse en el capítulo de autoridad. Es especialmente exhaustiva la parte de protección de la salud.

Algunas unidades de la Dirección General de Salud Pública y de algunos municipios utilizan carteras de servicios no formales, más basadas en las funciones que no en las competencias (ver anexo 3). En estos casos, las diversas actividades se clasifican de acuerdo a si responden a una función inspectora, de control, analítica, de autorización, etc. Una integración de los dos criterios de clasificación permitiría una sistematización más práctica con vistas a identificar mínimos y máximos de cobertura para la futura Agencia de Salud Pública de Cataluña.

También desde la Agencia de Salud Pública de Barcelona se ha hecho un esfuerzo para definir una cartera (*Villalbi 2004*), donde se agrupan las actividades que se ofrecen desde esta entidad.

Por lo que se refiere a las actividades que se realizan desde los servicios asistenciales, el Catsalut elaboró una cartera de servicios que incluye las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de un análisis detallado de las intervenciones recomendadas en el Plan de salud de Cataluña. En esta cartera se ligan los objetivos y las intervenciones recomendadas en el Plan de salud, en las líneas de producto del Catsalut. Las líneas son la atención primaria, la atención especializada, la salud mental, la atención sociosanitaria, la atención farmacéutica y otras líneas que podemos denominar programas del Departamento de Salud. Cabe destacar que se trata de una cartera que ha sido desarrollada en los servicios centrales del Departamento de Salud y que se dispone de un programa informático que tiene diversas prestaciones en la forma de representar los resultados de la consulta, teniendo en cuenta el territorio, los proveedores, etc… Aquí deberíamos tener en cuenta que desde la Dirección General de Planificación y Evaluación se está elaborando el nuevo mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública de Cataluña.

Hay muchas actividades de salud pública vinculadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad que, ahora realizan los centros de atención primaria de las entidades proveedoras de servicios asistenciales. La eficacia y eficiencia de algunas debería ser revisada y actualizada. Las revisiones escolares son un ejemplo, tanto porque representan una duplicación del Programa del “niño sano”, como por su dudosa eficacia y eficiencia. Actualmente, a los

municipios se les atribuye la competencia y reciben la subvención para desarrollar un programa que, en realidad, ejecuta otra institución. La transferencia de la subvención de los ayuntamientos hacia la atención primaria o hacia actividades dirigidas a la ciudadanía ha generado una gama muy variada e imaginativa de sistemas de revisión de la subvención municipal.

La cartera de servicios ha de ser dinámica y estar atenta a los hallazgos procedentes de la investigación. Un buen ejemplo lo constituye la abundante literatura sobre los contaminantes del medio o de los alimentos y su efecto sobre la salud. La prudencia aconseja que algunas de estas medidas se incorporen a la cartera con el alcance y la profundidad necesarias antes no se produzcan alarmas colectivas o casos de afectados. Éste puede ser el caso del control de las aguas de la cuenca del Ebro antes y después de la noticia de la contaminación del río en Flix. Presumiblemente otro campo de expansión en este terreno sean los contaminantes persistentes de la cadena alimentaria que deberían de tener ya protocolos elaborados e implantados en el territorio.

La calidad de las prestaciones. CÓMO.

La exigencia de que se determinen estándares de calidad en la producción o ejecución de las prestaciones no se debe únicamente al hecho de que estas prestaciones y servicios de salud pública se provean por agentes diferentes de la Administración pública. Incluso en circunstancias en que todas las prestaciones se proveyesen desde la misma administración habría que establecer los mecanismos por los que se pudiera comprobar que aquello que se realice se haga con la máxima homogeneidad posible, gozando de la idoneidad del servicio y la obtención de los resultados deseados.

Las políticas de calidad de estos productos y servicios se desarrollan sobre la clásica elección de:

- Criterios sobre las estructuras.

- Criterios sobre los procesos.

- Criterios sobre los resultados.

Las actuaciones sobre las estructuras suponen determinar cuáles son los recursos mínimos necesarios para realizar una actividad (muebles, inmuebles, personas, tecnologías, etc.). Clásicamente supone el establecimiento de un sistema de acreditación de los proveedores de servicios, ya sean públicos o privados.

Las actuaciones sobre los procesos suponen determinar la efectividad de las actuaciones y la vía más eficiente para realizarlas. La investigación y la evaluación suelen dar la pauta de los estándares que, en cualquier caso, se han de establecer en los contratos o convenios que se realicen con los proveedores, y en la ordenación de actividades internas. Los registros de estos procedimientos acostumbran a ser el instrumento central de las actuaciones sobre los procesos. Es relevante destacar aquí dos cuestiones:

- La dificultad para que avances en el terreno de la investigación se reflejen en los protocolos de servicios de salud pública.

- La necesidad de que los protocolos utilizados por las entidades proveedoras sean objeto también de acreditación, y la obligatoriedad de mantener un registro de las actividades.

Finalmente, las actuaciones sobre los resultados exigen establecer los indicadores que permitan medirlos. Es conveniente formular un objetivo, a fin de que el sistema de evaluación de resultados sea explícito y transparente y a fin también de dotar el proveedor de criterios claros sobre la adecuación y la pertenencia de la misma actividad. Los sistemas de información, los indicadores de proceso y resultados, y los criterios de consecución o no de un objetivo son los instrumentos centrales para medir los resultados. Desde el punto de vista de la acreditación, la exigencia de cumplimiento de registros apropiados y la autoevaluación de los mismos proveedores son fundamentales. Esto, no significa que el comprador o la autoridad correspondiente no verifiquen por su cuenta los resultados. La Dirección General de Recursos Sanitarios dispone de criterios de acreditación de centros y mecanismos de control de calidad.

Los proveedores de servicios de salud pública. QUIÉN.

Los proveedores de los servicios de salud pública hoy son de naturaleza diversa y, territorialmente, se ubican de manera desigual.

Son proveedores, en primer lugar, las mismas administraciones central, autonómica y local, las cuales, a través de sus estructuras de personal prestan servicios de diversa naturaleza. En general las administraciones suelen concentrar la ejecución de las funciones de planificación, de ordenación y de autoridad. Las administraciones locales a veces se ayudan de órganos supralocales, como es el caso de las diputaciones, o los consejos comarcales. En el caso de la ciudad de Barcelona, se dispone de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, participada por el Ayuntamiento y la Generalitat, que actúa a la vez como órgano proveedor y también como comprador de servicios. Éste es un perfil similar al que promueve la Agencia de Protección de la Salud de Cataluña (futura Agencia de Salud Pública).

Las funciones de autoridad, particularmente la de inspección, están subdivididas en algunos casos en las funciones de evaluación (que las puede realizar una empresa externa), y las funciones de autoridad (expediente y sanción) que se realiza a través de cuerpos de funcionarios.

Estas funciones han sido motivo de polémica recientemente. La transferencia indiscriminada de competencias y funciones a los niveles locales sin transferir los recursos, o lo que aún es más grave, después de haberlos retirado (caso del control de las carnicerías en los municipios, después de haber adscrito los veterinarios a otro nivel), es uno de los temas que más ha enturbiado la necesaria colaboración entre el departamento de Salud y los ayuntamientos. Por bien que la eficacia de muchas medidas están directamente ligadas a las políticas de proximidad, no es necesario descentralizar las funciones a escala local hasta que no se adecuen los recursos disponibles y el sistema de financiación de las entidades locales.

También actúan como proveedores de servicios de salud pública los proveedores de servicios asistenciales, y muy especialmente, los dispositivos de atención primaria de salud. En nuestro país, la orientación de la reforma de la atención primaria, juntamente con la transposición a sus contratos asistenciales de muchos de los objetivos operativos del Plan de salud de Cataluña, han favorecido que en este nivel de asistencia se hagan muchas actividades preventivas como las vacunaciones o los cribrajes. Igualmente los establecimientos hospitalarios desarrollan algunos programas de prevención contenidos en el Plan de salud. Tanto la atención primaria como el hospital son proveedores de información crítica para el sistema de vigilancia para la salud.

Existe un conjunto de empresas públicas y privadas que actúan como proveedoras de servicios de salud pública, sobretodo en el área de la protección de la salud y en algunas de servicios de prevención específicos como la atención y seguimiento a enfermos con toxicomanías. Es en este ámbito donde la ausencia de criterios de acreditación es más manifiesta, ya que muchas de las empresas subministradoras de servicios (de revisión de aparatos o instalaciones) no están sometidas a ningún criterio que indique algún estándar en sus recursos de lo que han de disponer o del nivel de formación de su personal.

Es igualmente importante establecer criterios de incompatibilidad entre la naturaleza de los servicios proveídos. Así, un suministrador de agua, que ha de desarrollar los controles de calidad exigidos y tenerlos registrados, razonablemente, no debería ser quien certificara la potabilidad del agua de boca. Una entidad que actúa como subministradora de servicios de mantenimiento de piscinas no debería realizar las actividades de evaluación que periódicamente desarrollan los ayuntamientos. Un ejemplo claro de este funcionamiento lo tenemos en los sistemas ITV de los vehículos: la entidad que detecta los incumplimientos en ningún caso puede actuar como taller de reparación.

Criterios para la entrada y la salida de prestaciones de la cartera de servicios.

Los límites de las prestaciones de salud pública son siempre imprecisos. La naturaleza transversal de muchas de las actuaciones que se consideran eficaces para resolver problemas de salud hace difícil marcar las fronteras administrativas entre departamentos (por ejemplo entre Salud y Medio Ambiente) o entre áreas dentro de un mismo departamento (actividades asistenciales y salud pública).

Más allá de la retórica que recomiendan las políticas integradas y transversales, es necesario definir compartimientos que sean depositarios de recursos, porque finalmente si las políticas de cualquier tipo no se acompañan de recursos tienen muy pocas posibilidades de realizarse.

En salud, las carteras de servicios en el sector público han sido a menudo un paso previo a delimitar aquellas prestaciones que se ofrecen gratuitamente y aquellas que no, o lo que es lo mismo, qué actividades quedan excluidas del sistema de financiación público.

En las actuaciones de salud pública hay límites horizontales, de alcance de las políticas, y límites verticales, de competencia de actuaciones. Es decir, en algunos momentos, hemos de decir qué cartera de actividades de salud pública se realizará desde el Departamento de Salud

y qué cartera desde otros departamentos que contribuyan y formen parte de políticas de salud. Igualmente es importante definir cuál es el nivel de actuación más apropiado de cada actividad y el nivel de competencia más adecuado para garantizar la aplicación.

Una actividad ha de formar parte de la cartera de servicios públicos siempre que:

- Sea efectiva.
- Se pueda precisar los límites de la actividad y el organismo competente.
- Sea más eficiente que otras alternativas.
- Tenga clientes, es decir, haya una necesidad a cubrir.
- Tenga unos recursos para poderse ofrecer (o lo que es lo mismo, tenga un precio).

Cuando alguna actividad de salud pública no reúna alguno de estos requisitos, inevitablemente debería de salir de la cartera. En determinados casos, la existencia de una norma que obligue a la realización de una actividad hace innecesaria esta lista.

BREVE ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Según el lugar donde se realicen las prestaciones de salud pública se pueden distinguir 3 ámbitos (Segura A, 1995). En primer lugar, si consideramos las prestaciones que se realizan desde la red de asistencia, las actividades de promoción de la salud son las que se realizan predominantemente. Así, podemos ver que las vacunaciones, los cribrajes preventivos y el consejo sanitario, se realizan sobretodo en la atención. También se han de considerar aquí actividades como los programas poblacionales de cribraje de cáncer de mama. En segundo lugar, si miramos las actividades que se realizan en servicios específicos de salud pública, vemos que éstas comprenden las acciones de información y vigilancia, la protección de la salud y la educación para la salud. Finalmente, en tercer lugar, encontramos actividades que se realizan desde un nivel central y que comprenden aquellas acciones dirigidas al análisis del estado de salud de la población, el establecimiento de prioridades, la organización y contratación de los servicios y la garantía de la seguridad, la efectividad y la calidad de las prestaciones.

PROPUESTA ESTRATÉGICA

A la hora de completar el contenido de la cartera, hay que tener en cuenta que, por una parte, hay aspectos que se han de incluir, ya que tienen un soporte normativo que obliga al cumplimiento y por otra parte, hay actividades que se pueden incluir o no dependiendo del mandato político. El primer caso es especialmente aplicable a la protección de la salud, mientras que el segundo lo es a la promoción de la salud. De todas formas, en todos los casos se puede prever que en cada una de las actividades que se pueda definir puede haber más de un agente implicado, lo que hace difícil conseguir un listado práctico.

Será necesario reflexionar sobre la conveniencia de ir hacia a una cartera muy exhaustiva, o bien ir hacia una cartera con un contenido que sea mínimo pero de cumplimiento obligado y que permita un control efectivo por parte de la autoridad. A priori parece razonable respetar al

máximo la normativa para el desarrollo de la cartera de protección e ir hacia una cartera de mínimos, al menos al principio, para la de promoción. Este aspecto también se ha de considerar a fin de valorar la vigilancia epidemiológica, en el sentido de respetar la necesidad de controlar un número razonable de enfermedades, pero también de dar respuesta a cualquier situación puntual.

A pesar de que al principio se ha de partir de una cartera homogénea, no hay que perder de vista que puede llegar el momento que se haga necesario tener en cuenta variaciones territoriales que impliquen hacer más énfasis en unas u otras actividades según el territorio del que hablamos. El propósito seria llegar a una equidad en el esfuerzo que se hace desde el Departamento de Salud, teniendo en cuenta las diversidades del territorio como pueden ser una economía muy basada en un determinado sector productivo o un predomino de población de un grupo de edad, por ejemplo.

En principio se ha de considerar que en cada una de las actividades de la cartera la autoridad la ha de ejercer aquél que tenga la competencia. Puede haber otros agentes responsables de llevar a cabo acciones concretas en los procesos intermedios, pero la responsabilidad final es de la instancia que tiene la competencia y que, en nuestro caso, puede ser estatal, autonómica o local. La identificación de los agentes implicados en la realización de las actividades de la cartera y la delimitación de sus funciones y responsabilidades y de su papel de comprador y/o proveedores según los casos, es un componente importante a la hora de establecer la cartera.

El papel de la agencia de salud pública de Cataluña ha de quedar bien definido. Si no se establece con claridad su misión, puede ser muy confuso el rol de la misma Agencia y del conjunto de competencias del sistema de salud pública. Paralelamente se ha de desarrollar la Ley de Protección de la Salud para no dejar sin asignación algunas competencias como ha pasado en el caso de las autorizaciones sanitarias del sector alimentario (establecimientos minoristas de productos cárnicos). Se trata de competencias que no están claramente incluidas ni en el ámbito de la evaluación del riesgo (competencia autonómica) ni en el de la gestión del riesgo (competencia local).

Desde nuestra perspectiva, la Agencia puede tener un papel clave en la aglutinación de compra de muchos servicios que hoy en día se realizan por diversas entidades a escalas pequeñas e ineficientes y a menudo con un procedimiento contractual débil. Esta aglutinación de las compras se podría realizar previo convenio con las administraciones locales, de aquellas actividades que supongan aspectos críticos de la legislación vigente.

Contrataciones o licitaciones más amplias podrían fomentar la estructuración de un sector de proveedores más potente y a la vez con equipamientos y recursos actualizados y competitivos.

La Agencia de Salud Pública debería dotarse de un grupo central de funcionarios con el objetivo de poder también convenir servicios con la Administración autonómica y local de aquellas actividades reservadas a la función de '"autoridad".

RECOMENDACIONES OPERATIVAS

1. Definir un modelo contractual de las actividades de salud pública donde se especifique como mínimo: el objetivo del contrato, el alcance del servicio, el ámbito de actuación suficiente

para que pueda ser eficiente el servicio y de calidad, la prestación, mecanismos de evaluación del servicio, periodicidad de las actividades y las evaluaciones, precios unitarios y globales, responsabilidades en los cumplimientos e incumplimientos y las penalizaciones en su caso.

2. Definir criterios de acreditación de los proveedores de servicios de salud pública.

3. Establecer incompatibilidades entre empresas subministradoras o proveedoras de servicios de salud pública.

4. Disponer de una cartera informatizada que incluya todas las prestaciones de forma ordenada teniendo en cuenta los agentes implicados en cada actividad. Se puede partir de la experiencia de la cartera de servicios del Catsalut.

5. Plantearse una cartera de máximos sólo en aquellos ámbitos en los cuales haya un soporte normativo que obligue a hacerlo, al menos inicialmente.

6. No transferir ninguna nueva competencia municipal sin adscribir los recursos necesarios.

7. Definir una cartera de servicios que integre, por una parte criterios de competencia y, por la otra, la división de cada competencia en funciones y actividades.

REFERENCIAS

1. Institut d'Estudis de la Salut. La contractació de Serveis d'Atenció Primària de Salut. Jornades de Treball. Barcelona. Generalitat de Catalunya,1994.

2. Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaria X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. Gac Sanit 2004; 17:231-7.

3. Segura A, Villalbí JR, Mata E, de la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante. Gan Sanit 1999; 13:218-225.

4. La Puente ML, Manzanera R, Armengol R, Casabona J, Chamorro C, Godoy P, Jaumeandreu J, Lindez P, Mata E, Peray JL, Plasencia A, Pons JM, Ribas ML, Segura A, Tor M, Tresserras R, Vila E, Villalbi JR. Propuesta de reorganizacion de la salud pública en Cataluña. Gac Sanit 2001; 4 (supl 1):55-68

5. Segura A. Las prestaciones sanitarias en el ámbito de la medicina preventiva y la salud pública. Gaceta Sanitaria 1995; 9:45-51.

ANEXO 1

El ejemplo del agua.

COMPETENCIA	ENTIDAD	FUNCIONES
Control de los acuíferos y las cuencas	- Internas (Agencia Catalana del Agua) - Externas (Confederación Hidrográfica del Ebro)	Control de vertidos Analíticas Regulación de caudales Autorización de captaciones* Reutilización para el riego
Suministro de agua potable	- Ayuntamientos - Compañía suministradora	Todas, desde el mantenimiento de la red hasta los aspectos administrativos

(*): Es imprescindible un informe sanitario y la especificación del tipo de tratamiento al que hay que someter el agua y el sistema de distribución.

Los acuíferos y las cuencas internas son competencia de la Agencia Catalana del Agua (Departamento de Medio Ambiente), mientras que los de las externas lo son de la Confederación Hidrográfica del Ebro (Ministerio de Medio Ambiente). Ambas entidades son las responsables de: a) controlar los vertidos, b) realizar las analíticas del agua, c) regular los caudales mínimos, d) autorizar las captaciones de agua y e) reutilización de las aguas para el riego.

Cuando la Agencia autoriza una captación de lo que se denomina agua cruda es preceptivo que se haga un informe sanitario y se determinen las características del tratamiento y del sistema de distribución. Abrir un pozo podría ser un ejemplo.

El Ayuntamiento es el responsable de suministrar agua potable a la población residente. La canalización y distribución del agua se puede hacer directamente o bien mediante una compañía subministradora de agua. En este último caso la empresa seria la responsable de todas las actividades, desde el mantenimiento de las canalizaciones hasta el cobro de los recibos. Cuando la compañía es el Ayuntamiento, se ha de controlar al mismo y es por este motivo que tanto el incumplimiento como el autocontrol, se han de comunicar a la autoridad autonómica. Asimismo no hay jerarquía de administraciones y el hecho de que se tenga que comunicar toda incidencia al Departamento de Salud, no significa que tenga más autoridad que el Ayuntamiento.

La evaluación de los riesgos de las aguas de consumo público corresponde al Departamento de Salud mientras que la gestión del agua corresponde a los ayuntamientos. Si el ayuntamiento en cuestión no tiene bastante estructura, pueden entrar en juego otros entes como los consejos comarcales o las diputaciones.

ANEXO 2

Cartera básica actual

1. Vigilancia epidemiológica:

   - MDO
   - BEC
   - Sistema de notificación microbiológica
   - RPD
   - SISIGAB Sistema de información sanitaria integrado sobre gripe en el área de Barcelona
   - Vigilancia y registro de otras enfermedades

2. Promoción de la salud:

   - Vacunaciones preventivas y prog. de reacciones adversos a las vacunas
   - Consejos a los viajeros y vacunaciones internacionales
   - MTS
   - Enfermedad de Hansen
   - Educación sanitaria
   - Prevención de enfermedades crónicas y promoción de estilos de vida saludables
   - Salud laboral
   - Maternoinfantil
   - Salud bucodental
   - Prevención de accidentes

3. Protección de la salud:

   - Salud ambiental

     · Aguas de abastecimiento público
     · Reutilización de aguas residuales
     · Piscinas de uso colectivo
     · Residuos sólidos
     · Asentamientos humanos
     · Radiaciones ionizantes
     · Policía sanitaria mortuoria
     · Desinfección, desinsectación y desratización
     · Control de productos químicos

   - Actividades clasificadas

   - Residuos sanitarios

     · Sector hospitalario y APS
     · Veterinaria clínica
     · Odontoestomatología

- Higiene alimentarla

  · Registro sanitario de industrias y productos alimentarios de Cataluña
  · Control sanitaria de los establecimientos alimentarios y de los alimentos
  · Vigilancia y evaluación de la seguridad de los alimentos

- Laboratorio de salud pública

- Veterinaria de salud pública

  · Riesgo sanitario de los alimentos de origen animal
  · Inspección de establecimientos y de alimentos de origen animal
  · Restauración colectiva y venta minorista
  · Investigación de residuos en alimentos de origen animal
  · Vigilancia de contaminación microbiológica y fisicoquímica de los alimentos de origen animal y prevención de las zoonosis.

4.- Planificación

ANEXO 3

Esquema de las competencias municipales.
(Resumen no exhaustivo elaborado por Mireia Camps y Luis Carlos Árias).

Todos los municipios:

- Generales: (art. 67. a)

  · Alumbrado público
  · Cementerio
  · Recogida de residuos
  · Limpieza viaria
  · Suministro a domicilio de agua potable
  · Alcantarillado
  · Acceso núcleos de población, pavimentación y conservación vías públicas
  · Control alimentos y bebidas.

- Protección de la salud: (art. 45 Ley 7/2003, de Protección de la salud; art. 68 Ley 15/1990, de ordenación sanitaria en Cataluña).

  · Educación sanitaria en materia protección de la salud en el ámbito competencias locales.
  · Gestión del riesgo para la salud derivado de :

    ▪ Contaminación del medio.
    ▪ Aguas de consumo.

- Equipamientos públicos y los lugares habitados, incluidas las piscinas.
- Productos alimentarios en las actividades de comercio minorista, la restauración, la producción de ámbito local y el transporte urbano.
- Animales domésticos y peridomésticos y plagas.

· Policía sanitaria mortuoria.

- Otras en materia de salud pública: (art. 68 Ley 15/1990):

· Defensa de los consumidores y usuarios de la sanidad.
· Participación en la gestión de la atención primaria de la salud.
· Educación sanitaria.
· Las que le puedan delegar.

Municipios con población superior a 5.000 habitantes. (art. 67b)

- Todas las anteriores.
- Parque público.
- Biblioteca pública.
- Mercado.
- Tratamiento residuos.

Municipios con población superior a 20.000 habitantes. (art. 67c)

- Todos los anteriores.
- Protección civil.
- Prestación servicios sociales.
- Prevención y extinción de incendios
- Instalaciones deportivas de uso público.

Municipios con población superior a 30.000 habitantes. (art. 67d)

- Todos los anteriores.
- Servicio de lectura pública descentralizada.

Municipios con población superior a 50.000 habitantes. (art. 67e)

- Todos los anteriores.
- Transporte colectivo urbano de viajeros.
- Protección del medio.
- Servicio de transporte adaptado.

Municipios turísticos: (art. 19 Ley 13/2002, Turismo de Cataluña).

- Los fijados con carácter general.
- La protección de la salubridad pública y de la higiene en todo el término municipal, incluida las playas y las costas.
- La protección civil y la seguridad ciudadana.

LA INTERSECTORIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

Teresa Corbella, Mercè Tor, Eduard Mata

CONSIDERACIONES GENERALES

El concepto de intersectorialidad

Los procesos que se desarrollan en función de la salud, el bienestar y la calidad de vida se caracterizan por su elevada complejidad, la amplia dimensión social y la multiplicidad de sus componentes que, además, tienen formas variables de relacionarse, de ubicarse jerárquicamente y de combinarse. Así, los problemas de salud tienen fronteras difusas y sus determinantes son imprecisos y variables, la que permite aseverar que difícilmente se pueden resolver por acciones exclusivas del sector salud.

El subsistema de salud pública tiene así, un conjunto de peculiaridades que lo diferencian de otros ámbitos:

- **Universalidad**: la salud pública tiene que ver con todas las personas, sanas o enfermas, independientemente de su género, edad o grupo social.

- **Interdependencia**: la salud depende de la interrelación de numerosos actores.

- **Extensión**: implica la participación y la acción de numerosos sectores como la economía, la industria, el comercio, la agricultura, la educación, el turismo, la legislación, la seguridad ciudadana o los medios de comunicación.

- **Presión social**: el estado de salud es un indicador del nivel alcanzado por una sociedad y los ciudadanos conscientes exigen un elevado nivel de protección de su salud.

Estas peculiaridades han motivado que, históricamente, desde la salud pública, se propugne, si bien no de forma teórica, un abordaje sistémico de los problemas de salud de la población, teniendo en cuenta los diferentes sectores administrativos, económicos y sociales que pueden influir en los determinantes y condicionantes de la salud y que, sin su concurso, pueden hacer insuficiente la actividad de las estructuras que planifican o prestan servicios de salud pública. A la hora de llevar a la práctica este modelo integrado se ha de contar con la presencia de importantes contradicciones entre intereses, grupos sociales, corporaciones profesionales, políticas, poderes, etc.

Hay diversas definiciones de intersectorialidad, de las cuales destacamos dos, una más general y otra referida específicamente al sistema sanitario:

"Articulación de conocimientos y experiencias en la planificación, la realización y la evaluación de acciones para conseguir un efecto sinérgico en situaciones complejas, orientadas hacia el desarrollo social, superando la exclusión social" (Junqueira & Inojosa, 1997).

Intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (Castell, 2004).

La dos definiciones consideran la intersectorialidad desde un punto de vista amplio, teniendo en cuenta no sólo las administraciones públicas, sino los diferentes agentes sociales: organizaciones sindicales y empresariales, mutuas de accidentes de trabajo, colegios y asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de vecinos y de consumidores, etc…

Por razones eminentemente prácticas nosotros consideramos la intersectorialidad, en este trabajo, en un sentido más restringido refiriéndonos a la articulación de las diferentes políticas sectoriales desarrolladas por una administración, sea central, autonómica o local, con sus consecuentes estructuras organizativas, que pueden tener repercusiones directas o indirectas en el estado de salud de la población. Se trataría, fundamentalmente, de convertir la cooperación fortuita, casual o reactiva en acciones que lideradas por la salud pública se orienten estratégicamente a aquellos problemas donde las actividades de otros sectores pueden ser decisivas.

Somos conscientes que en las sociedades democráticas actuales no es posible llevar a cabo ningún tipo de políticas sin el concurso, con más o menos intensidad, de las organizaciones representativas de la sociedad civil, pero en este caso no la consideraremos una variable, teniendo en cuenta además, que hay otro ámbito de trabajo, el de “Participación ciudadana”, que aborda con profundidad este tema.

Tampoco haremos referencia a las relaciones entre diferentes niveles administrativos (central, autonómico y local) que son ampliamente tratados en el ámbito de trabajo “La cartera y la compra de servicios de salud pública”.

Tratamos la intersectorialidad, así como una nueva lógica para la gestión que busca superar la fragmentación de las políticas, considerando el concepto “salud” en su totalidad, y que ha de suministrar una nueva manera de planificar, ejecutar y controlar la prestación de servicios. Eso significa modificar toda la forma de articulación de los diversos sectores de las organizaciones de gobierno de los diversos grados administrativos y de sus intereses, con una clara definición de políticas públicas y la formulación de estrategias, planes, programas y proyectos intersectoriales para buscar soluciones a los problemas de salud.

Los condicionantes de la intersectorialidad

Hay una serie de condiciones previas que influyen en la capacidad de aplicación de estrategias intersectoriales, los más importantes, a nuestro parecer, serían:

- La voluntad política de los gobiernos, de cualquier nivel administrativo, para abordar las políticas relacionadas con la salud y la calidad de vida desde el principio de actuación de la intersectorialidad. Esta voluntad se ha de explicitar, no solamente con declaraciones de intenciones, sino con iniciativas normativas, organizativas y estratégicas que permitan visualizar, inequívocamente, su compromiso.

- Las reformas en las organizaciones de salud pública orientadas a facilitar el trabajo intersectorial, combinando el incremento de su capacidad para colocar el elemento salud como eje vertebrador, con el abordaje proactivo y de investigación del equilibrio, teniendo en consideración los elementos legítimos no relacionados directamente con la salud, de las diferentes políticas sectoriales.

- La existencia de una cultura organizativa al subsistema de salud pública, pero también al conjunto del resto de sectores administrativos, proclive al trabajo participativo, a la cooperación mutua y a la comprensión del carácter multifactorial del valor "salud".

Si se quiere extender el abordaje intersectorial a más ámbitos de aquellos en los que ya en la actualidad se está trabajando, o mejorar los resultados, hace falta disponer de un análisis previo de estos condicionantes que permita diseñar las estrategias de mejora a corto, medio o largo plazo.

Los sectores

En los países desarrollados nos encontramos con un universo administrativo con un conjunto de organizaciones complejas donde hay una gran diversidad de proveedores de actividades con repercusión sobre la salud de la población.

Por tanto, la protección y la promoción de la salud pública es, en nuestras coordenadas de espacio y de tiempo, una realidad que va más allá de las unidades que formalmente se denominan de salud pública, y es compartida con otros sectores de las administraciones. En muchos ayuntamientos y también en la Generalitat de Cataluña, haciendo un análisis no demasiado exhaustivo, se encuentran responsabilidades relacionadas, directamente o indirectamente, con la salud pública en las políticas de enseñanza, de trabajo, de bienestar social, de agricultura, de política territorial, de industria, de comercio, de turismo, de gobernación y de medio ambiente.

En definitiva, diversas estructuras administrativas diferentes de las sanitarias tienen responsabilidades sobre la salud pública si convenimos que el carácter de una función o actividad no viene dado por el apellido de quien lo ejerce sino por su finalidad última. Son por tanto, organizaciones que contribuyen a la salud pública, independientemente de su dependencia o denominación administrativa.

A modo de ejemplo, sin querer ser exhaustivos, en nuestro ámbito nos encontramos con los siguientes ámbitos intersectoriales:

ÁREA	OBJETIVO	SECTORES IMPLICADOS	CONTENIDO	LIDERATO RESPONSABILIDAD
Seguridad viaria	Prevención de accidentes de tráfico y reducciones de lesiones	Policía Salud Educación Tráfico Obras públicas. Producción automóviles	Represión Protocolos actuación a traumatizados Educación viaria Organización y señalización Diseño viario Mejoras en seguridad	Hegemonía compartida por policía, salud, tráfico y obras públicas. Corresponsabilidad entre Generalitat y ayuntamientos
Drogo-dependencias	Prevención y control del alcoholismo, el tabaquismo y otras drogas	Salud Educación Juventud Policía Servicios Sociales Trabajo/Promoción económica Agentes sociales	Promociom, prevención y asistencia Promoción y prevención Represión Prevención e inserción Inserción laboral Promoción y prevención	Hegemonía compartida por salud, educación y policía
Sexualidad	Prevención embarazos en adolescentes y educación en la afectividad y la sexualidad	Salud Educación Juventud Mujer Servicios sociales Agentes sociales	Prevención y asistencia Promoción y prevención	El sector hegemónico es salud, con un peso muy importante de educación
Sida	Prevención y atención de contagios por VIH	Salud Educación Juventud Servicios sociales Trabajo y promoción económica Agentes sociales	Promoción, prevención y asistencia Promoción y prevención Prevención e inserción Inserción laboral Promoción y prevención	El sector hegemónico es salud
Hábitos alimentarios	Prevención de transtornos relacionados con la alimentación	Salud Educación Juventud Consumo	Prevención y asistencia Promoción y prevención	El sector hegemónico es salud
Salud laboral	Prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo	Salud Trabajo Educación Mutuas de prevención Empresas	Colaboración en la asistencia Prevención de riesgos Formación en seguridad Asistencia Prevención y seguridad	El sector hegemónico es trabajo y su vinculación con las mutuas y empresas
Materno-infantil	Prevención y protección de colectivos de riesgo	Salud Servicios sociales Educación	Prevención y asistencia Servicios	Hegemonía compartida por salud y servicios sociales

ÁREA	OBJETIVO	SECTORES IMPLICADOS	CONTENIDO	LIDERATO RESPONSABILIDAD
Violencia	Mejora de la atención en violencia contra las mujeres, los niños y la gente mayor.	Salud Servicios sociales Policía Mujer Justicia Agentes sociales	Asistencia Prevención, asistencia, políticas de protección Políticas integrales Protección, represión Participación	Hegemonía compartida entre todos los sectores
Seguridad alimentaria	Garantizar inocuidad y salubridad de productos alimentarios	Salud Consumo Agricultura Medio ambiente Empresas	Control y autoridad sanitaria. Defensa del consumidor. Control Contaminantes y residuos autocontrol	El sector hegemónico es salud, con un peso muy importante de los otros
Salud ambiental	Protección de la salud de las personas de los efectos negativos de las alteraciones del medio ambiente	Salud Medio ambiente Industria Licencias y actividades Empresas	Control y autoridad sanitaria Control Autocontrol	Hegemonía muy compartida.
Inmigración	Integración de colectivos de inmigrantes	Salud Servicios sociales Vivienda Educación Trabajo	Asistencia/salud pública. Asistencia Facilitar el acceso a la vivienda Integración Inserción laboral	Hegemonía compartida entre todos los sectores.

Experiencias

La intersectorialidad es una área muy poco explorada a escala internacional y también en Cataluña. Uno de los retos a abordar en este ámbito es, pues, el análisis sobre la aplicación real de la intersectorialidad para poder contrastar lo reflejado en la literatura internacional como conceptos intuitivos, criterios derivados de la observación o la apreciación empírica. No hemos encontrado estudios con base científica que demuestren en qué medida la intersectorialidad se aplica o se debería aplicar, dónde se encuentran sus puntos débiles, cuáles son sus causas y cómo se podría resolver.

LA INTERSECTORIALIDAD EN CATALUÑA

Los planes de salud

De buen principio, los diferentes planes de salud explicitaron que el estado de salud de la población depende en buena parte, de las condiciones socioeconómicas, el trabajo, la educación, el urbanismo, la calidad del medio ambiente, la accesibilidad a los servicios sanitarios y el soporte social, entre otros. Y que, además, la protección contra los riesgos ambientales y la reducción de los factores de riesgo conductuales dependen en muchos casos de decisiones que se toman y de acciones que se ejecutan en sectores diferentes del sanitario (medio ambiente, agricultura, industria, gobernación, trabajo, seguridad social, transporte, economía y hacienda, etc...).

Es por eso que la LOSC establecía que el Plan de salud es el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud en Cataluña, reconociendo, de esta forma, el carácter intersectorial de la planificación en materia de salud y reconocimiento, a la vez, que para mejorar la salud y la calidad de vida de la población hay que actuar sobre sus condicionantes y esto requiere trabajar en coordinación y cooperación con los diferentes sectores con responsabilidades en el ámbito de la salud.

En este sentido, en el capítulo de evaluación del Plan de Salud 1996-1998, se incluía un apartado de análisis de las actuaciones intersectoriales durante el período 93-95, recogiendo la participación en la elaboración y la aplicación del Plan de diferentes departamentos de la Generalitat y otras instituciones, en concreto:

- Departamento de Enseñanza, con su programa de educación para la salud en la escuela, para la promoción de estilos de vida saludables en la escuela.

- Servicio Catalán de Tráfico, del Departamento de Interior, para la disminución de los accidentes de tráfico.

- Departamento de Trabajo para la prevención de los riesgos laborales.

- Departamento de Justicia, Secretaria General de Juventud, Departamento de Bienestar Social y el Servicio Catalán de Tráfico para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

- Departamentos de Bienestar Social y de Enseñanza en la Comisión Interdepartamental para la coordinación de las actuaciones dirigidas a los niños con disminuciones psíquicas.

- Departamento de Justicia para la atención a los menores, bajo tutela, con trastornos mentales.

- Departamento de Trabajo para formación e integración laboral de pacientes con trastornos mentales severos.

- La gestión de la intersectorialidad se resumía, así, en dos comisiones interdepartamentales y unos cuantos convenios sobre promoción de la salud, salud laboral, drogodependencias y salud mental.

En el capítulo donde se fijaban las estrategias para desarrollar las políticas de salud y de servicios, para el período 1996-1998, se enfatizaba, pero, sobre la necesidad de continuar trabajando con los diferentes departamentos de la Generalitat, para el desarrollo de las intervenciones propuestas y para iniciar nuevas líneas de colaboración intersectorial para avanzar en la aplicación del Plan de salud, y concretamente se proponía:

- Desarrollar políticas intersectoriales para reducir las desigualdades y mejorar la salud, trabajando coordinadamente con los departamentos, instituciones y organismos que tienen responsabilidad en el ámbito de la salud.
- Impulsar actuaciones intersectoriales para promover los hábitos y estilos de vida saludables, prioritariamente en los ámbitos escolar, juvenil y laboral.

- Impulsar actuaciones intersectoriales para promover un entorno más saludable.

Por otra parte, el **Plan de salud 1999-2001** establecía cinco acciones instrumentales prioritarias, que se consideraban necesarias para el alcance de los objetivos planteados, una de las cuales era la cooperación y coordinación intersectoriales en siete ámbitos concretos:

- anorexia y bulimia
- maltrato infantil
- sanidad ambiental
- seguridad y salud laboral
- salud en la escuela (PESE)
- seguridad viaria
- hábito tabáquico

En otro capítulo, "El Plan de salud de Cataluña más allá del 2001", se hacía una valoración histórica del proceso de planificación desde el año 1993 con unas reflexiones sobre la intersectorialidad que pueden ser entendidas como "autocríticas":

"En cuanto a la participación de otros sectores, la colaboración y trabajo conjunto ha sido desigual, y no ha llegado al nivel que cabría esperar, atendiendo al carácter intersectorial e interdisciplinario que debería tener la planificación sanitaria. Por otro lado, la participación de los ciudadanos ha sido representada por los órganos de participación formal."

"El desarrollo de estos procesos ha de alcanzar un mayor carácter intersectorial. A pesar del liderato del sistema sanitario en la formulación de los objetivos y las propuestas del Plan de salud, habría que avanzar aún más en el consenso, la implicación y el compromiso de las otras instituciones y sectores con responsabilidad en el ámbito de la salud".

En el documento *Evaluación de los objetivos para el año 2000 del Plan de salud de Cataluña*, en el capítulo de reflexión sobre lo que ha sido el proceso de planificación para la

salud en Cataluña durante el período 1990-2000, afirma que el enfoque llevado a cabo en nuestro país ha permitido trabajar intersectorialmente, pero más adelante, cuando enumera las claves de futuro, se muestra más crítico:

"La intersectorialidad y la asignación de recursos son dos aspectos cruciales para el desarrollo del Plan de salud, en los cuales el papel de las instancias políticas es clave. Si bien la implicación intersectorial ha de impregnar transversalmente todas las políticas, hasta ahora el trabajo con otros sectores ha sido valioso pero desigual. Para asegurar la viabilidad de las intervenciones es imprescindible identificar los recursos necesarios y los responsables para llevarlos a cabo. Actualmente, hay una gran preocupación en el sentido de que la respuesta a las necesidades de la salud y las expectativas de la población esté en consonancia con la disponibilidad de recursos, y se reconoce, más o menos explícitamente, que es imprescindible decidir la asignación de recursos destinados a la salud teniendo en cuenta las prioridades".

Y plantea como línea de avance el Plan Cat-21, formulado por el anterior gobierno y basado en la intersectorialidad:

"El nuevo enfoque que se pretende dar al funcionamiento de la Administración de la Generalitat de Cataluña y que se recoge en el proyecto de reforma Plan Gubernamental Cat-21, intenta mejorar el proceso de toma de decisiones políticas y la asignación eficiente de los recursos a fin de perfeccionar la calidad del servicio a los ciudadanos y garantizar el bienestar de las personas, la cohesión social y el desarrollo sostenible de la sociedad. El trabajo interdepartamental coordinado entorno a objetivos comunes constituye uno de los aspectos claves del proyecto. En este sentido, este planteamiento de cambio para la Administración catalana ofrece nuevas oportunidades para la inclusión de propuestas del Plan de salud entre las prioridades gubernamentales y la consolidación de su proyección intersectorial."

Además, propone una herramienta de liderato del sistema sanitario sobre otras políticas:

"De cara al futuro se habrá de ir introduciendo lo que se conoce como la valoración del impacto sobre la salud (Health Impact Assessment, HIA). Se basa en incorporar la valoración del impacto en la salud a la hora de llevar a cabo determinadas estrategias y proyectos, identificando previamente los posibles efectos adversos para a la salud y como superarlos estableciendo medidas correctoras. La HIA está adquiriendo relevancia en el entorno europeo y en otros países desarrollados, como Canadá, Australia y Nueva Zelanda. La Unión Europea se ha propuesto el desafío de promover la HIA en sus políticas y en el Tratado de Amsterdam. Se trataría de iniciar el desarrollo de la HIA en el nuestro ámbito para aportar un mayor grado de racionalidad a las decisiones que se toman en los diferentes sectores."

Para acabar, el Plan de salud 2002-2005 ubica, entre las estrategias para hacer efectivas las políticas de salud, la cooperación intersectorial. En este sentido, después de remarcar su importancia para intervenir sobre los condicionantes y recordar que el Plan de salud es el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud en Cataluña, afirma:

"Atendiendo a la implicación intersectorial en el mantenimiento de la salud de la población, el Plan de salud impulsa el trabajo con los diferentes departamentos de la Generalitat y otras instituciones implicadas en el ámbito de la salud, los cuales han participado en la elaboración y aplicación del Plan de salud: el Programa de educación para la salud en la escuela (PESE) adscrito al Departamento de Enseñanza, el Servicio Catalán de Tránsito (SCT) adscrito al Departamento de Interior, el Instituto Catalán de la Mujer, el Departamento de Trabajo, las organizaciones sindicales, el Consejo Catalán de Seguridad Social y Salud Laboral, la Comisión Interdepartamental de Seguridad y Salud Laboral, el Centro de Reconocimientos y Evaluaciones Médicas, la Dirección General de Justicia Juvenil adscrita al Departamento de Justicia, la Secretaría General de Juventud del Departamento de la Presidencia, el Departamento de Bienestar Social, las administraciones locales y diversas organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud. Cabe remarcar, que hay ámbitos en los que la competencia y la responsabilidad es exclusiva del Gobierno del Estado (política de impuestos sobre el tabaco, el alcohol, legislación en materia de tráfico, consumo de drogas ilegales, política de seguridad social, vivienda, etc...)."

Y reconoce, más adelante, las debilidades del abordaje intersectorial:

"Si bien se ha trabajado con la participación de diferentes sectores, esta colaboración ha sido desigual y en los próximos años habrá que avanzar en la implicación intersectorial para la elaboración y alcance de los objetivos establecidos en el Plan de salud."

Haciendo una comparativa entre las instituciones y sectores administrativos que se mencionan en el Plan de salud actual y las relacionadas en el Plan de salud 1996-1998, se puede inferir que no se ha producido ningún cambio sustancial en el abordaje de la intersectorialidad en los últimos años. Más aún, al margen de aquella declaración de intenciones sobre la orientación estratégica y de algunas menciones parciales, también de declaraciones de principios, la intersectorialidad es tratada de manera claramente insuficiente en los objetivos e intervenciones para abordar los diferentes problemas de salud del Plan de salud 2002-2005.

En un cuadro resumen se podría describir el grado de consideración de la intersectorialidad en los diferentes problemas de salud incluidos en el Plan de salud 2002-2005. Por eso se ha tenido en cuenta si, en el ámbito de la parte expositiva, se manifiesta la necesidad de trabajar de forma intersectorial o si, en los objetivos, actividades o intervenciones prioritarias se han fijado parámetros que comprometan otras políticas sectoriales.

	Consideración de la intersectorialidad en			
Área	**Parte expositiva**	**Objetivos operacionales/ actividades**	**Intervenciones prioritarias**	**Estructura coordinación**
Consumo de tabaco	+	-	-	-
Hábitos alimentarios	+	+	-	-
Ejercicio físico	-	+	+	-
Enfermedades cardiovasculares	-	-	-	-
Cáncer	-	-	-	-
Enfermedades respiratorias	-	-	-	-
Lesiones producidas por accidentes	+	+	+	-
Lesiones producidas por violencia	+	-	+	+
Problemas de salud mental	+	+	+	+
Diabetes	-	-	-	-
Obesidad	-	+	-	-
Consumo excesivo de alcohol	-	+	-	-
Consumo de drogas	+	+	-	+
Salud bucodental	-	-	-	-
Problemas de salud aparato locomotor	-	-	-	-
Salud laboral	+	+	+	-
Enfermedades prevenidas por vacunación	-	-	-	-
Infección por VIH	-	-	-	-
Enfermedades transmisión sexual	-	+	-	-

	Consideración de la intersectorialidad en			
Área	**Parte expositiva**	**Objetivos operacionales/ actividades**	**Intervenciones prioritarias**	**Estructura coordinación**
Tuberculosis	-	-	-	-
Infecciones nosocomiales	-	-	-	-
Salud materno - infantil	+	+	+	-
Envejecimiento saludable	+	+	+	-
Salud ambiental	+	+	+	-
Seguridad alimentaria	+	+	+	+
Toxiinfecciones alimentarias	-	-	-	-
Legionela	-	-	+	-
Encefalopatías espongiformes transmisibles	+	+	+	+
Buen uso de los medicamentos	-	-	-	-

Sobre 29 areas de intervención, solamente en un 34% se hace mención de la importancia de la intersectorialidad en la exposición del alcance del problema y su orientación estratégica. En un 48% aparece algún objetivo o actividad que obliga una organización de un sector administrativo "extrasanitario". Las intervenciones prioritarias que obligan a otras políticas sectoriales se apuntan en 11 areas (38%). Para finalizar, se mencionan estructuras estables de gestión de la intersectorialidad en un 17% de las áreas objeto de abordaje.

Estos datos no ofrecen un balance optimista de la situación ya que la mayoría de menciones a la intersectorialidad, sobre todo en la parte expositiva y las intervenciones prioritarias, son meramente retóricas y de declaración de intenciones, sin que se concreten en acciones específicas y evaluables con repercusiones sobre las otras políticas sectoriales. Es más, la mayoría de las menciones a otras estructuras administrativas, en los objetivos operacionales y las actividades a desarrollar por el Plan de salud 2002-2005, las prevén de forma pasiva. Es decir, en la mayoría de los casos, el sistema sanitario prevé hacer algunas actividades de salud pública, diseñadas y decididas internamente, en el "territorio" de otras organizaciones (enseñanza, juventud, etc.), con una participación pasiva del público de interés.

Mención a parte merece la práctica ausencia de estructuras estables de coordinación y de gestión de la intersectorialidad.

TRES CASOS DE GESTIÓN DE LA INTERSECTORIALIDAD

El caso del sida

El sida, por la problemática que comporta, tanto desde una perspectiva sanitaria como social, es un buen ejemplo de la necesidad de que todos los agentes involucrados en la lucha contra esta enfermedad se coordinen y elaboren estrategias conjuntas.

Se exponen a continuación tres iniciativas de trabajo intersectorial que se llevan a cabo en Cataluña a escala autonómica y local.

Comisión interdepartamental del SIDA en Cataluña, adscrita al Departamento de Salud

Esta Comisión fue creada por decreto el año 1999 (352/1999, de 13 de diciembre) con el objetivo de facilitar la adopción y la implementación de las medidas necesarias para evitar la propagación de la infección por el virus del SIDA, la mejora de la calidad de vida de las personas infectadas y la continuidad en la instauración de un entorno favorable para aceptar a las personas afectadas.

Tal como especifica el decreto, sus funciones son:

Coordinar y hacer el seguimiento de las actividades de las administraciones públicas y de las organizaciones y entidades no gubernamentales implicadas en la lucha contra el sida y proponer las medidas correctores necesarias:

- Orientar las políticas sanitarias que inciden en la lucha contra el sida.
- Analizar y evaluar la diversidad de recursos en materia de prevención, asistencia y tratamiento.
- Formular nuevas líneas de actuación en el campo de la prevención.
- Incidir en la sensibilización y la formación de las personas que prestan asistencia desde diferentes ámbitos a personas afectadas por la enfermedad.

La Comisión se compone de personas en representación de diferentes departamentos de la Generalitat (Salud, Bienestar y Familia, Educación, Trabajo, Justicia, etc.), representantes de municipios (a través de la Federación de Municipios de Cataluña y de la Asociación Catalana de Municipios), de los movimientos asociativos (a través de la Federación Catalana de Organizaciones no Gubernamentales de Servicios en SIDA, y de la Asociación Comité Primero de Diciembre) y de la Red SIDA y mundo local.

Con la experiencia acumulada desde su creación, la comisión se plantea un cambio para actuar de forma más operativa para dar respuesta a las necesidades y problemáticas detecta-

das. Hasta ahora la Comisión se reunía una vez al año, pero con el objetivo de ser más operativos se ha decidido hacer tres encuentros al año y crear grupos de trabajo específicos para tratar y dar respuesta a problemáticas concretas. Estos grupos de trabajo estarán limitados en el tiempo, analizarán la problemática, propondrán una estrategia para solucionarla o mejorarla, y evaluarán el resultado de la ejecución. Después, el grupo se disolverá.

Red SIDA y mundo local: el trabajo en red

Esta es una iniciativa muy reciente para promover la implicación del mundo local en el abordaje de la infección por el VIH/SIDA. El 13 de diciembre de 2004 se celebró el acto de constitución de la Red SIDA y mundo local en Cataluña.

Se entiende el mundo local como el ámbito territorial que incluye todos y cada uno de los agentes que tienen infidencia, ya sean administraciones públicas, colectivos profesionales, entidades civiles o sociales, confiriéndole una dimensión comunitaria, ya que el ámbito local se convierte en el espacio para buscar complicidades y para generar dinámicas participativas y corresponsables. La investigación del consenso alrededor de unos objetivos es más fácil si se enmarca en un territorio concreto y abarcable como el que supone el ámbito local. Es a partir de este planteamiento que nace la voluntad y se justifica la creación de la Red SIDA y mundo local.

Desde el mundo local se ha trabajado desde el inicio de la epidemia para la prevención de la enfermedad, para sensibilizar la población y eliminar la estigmatización, buscando el compromiso político necesario. Así mismo, no ha habido un modelo a seguir, ni les oportunidades de los diferentes mundos locales han sido las mismas.

La constitución de la Red compromete a sus miembros a:

- Definir unas bases para un modelo común de intervención comunitaria de ámbito local, dirigido a la prevención del SIDA y al tratamiento de los problemas sociales asociados.
- Dar soporte a los agentes que intervienen en el mundo local para la aplicación de este modelo.
- Impulsar iniciativas para favorecer la sostenibilidad de los programas de intervención.
- Impulsar iniciativas de intervención y acciones comunes.

Atendiendo la condición de proyecto abierto y participativo, se pretende que la Red se gestione mediante una fórmula similar a la de otras redes de ciudades (ciudades sostenibles, educadoras, saludables).

El Plan de acción sobre el VIH/ SIDA de l'Hospitalet del Llobregat: un abordaje de ciudad

Desde el año 2001, l'Hospitalet del Llobregat se dota de un plan para afrontar la problemática del SIDA, para proporcionar soluciones y ofrecer respuestas.

El Plan cuenta con la participación y el consenso de todos los grupos políticos municipales, en colaboración con la Comisión Técnica del SIDA de l'Hospitalet. En esta Comisión, participan

representantes de las diferentes administraciones públicas (Generalitat, Diputación y Ayuntamiento), conjuntamente con técnicos, profesionales y representantes de ONG que intervienen en VIH/SIDA.

El Plan tiene el ánimo de ser participativo, centrado en las personas, solidario, técnico, científico, innovador, eficiente y sostenible.

La misión del plan, cuando se creó en el año 2001, fue conceder el conjunto de actuaciones a corto, medio y largo plazo en materia de VIH/SIDA, para un primer período de cuatro años (2001-2004).

La seguridad alimentaria

La seguridad alimentaria puede considerarse un caso paradigmático de intersectorialidad. En Cataluña, como en la gran mayoría de los países, las iniciativas sectoriales han llevado al establecimiento de actividades independientes de control de los alimentos por parte de diferentes organismos responsables de sectores diversos. Estas actividades son competencia de diferentes departamentos: salud, agricultura, consumo y medio ambiente. Las funciones de cada uno de ellos están bien definidas pero son muy diferentes.

Los análisis de las causas de las crisis alimentarias que se han sucedido en la última década, realizadas por la Unión Europea y por la OMS, coinciden en detectar déficits importantes en los sistemas de control alimentario. Estas insuficiencias se centran, fundamentalmente, en tres ámbitos: evaluación científica de los riesgos con faltas en su independencia, escasa gestión de la intersectorialidad y comunicación sobre los riesgos deficiente y poco transparente.

Las propuestas para avanzar en la seguridad alimentaria consisten en parte, en medidas de mejora de gestión de la intersectorialidad. Los organismos supranacionales identifican que el reparto competencial entre diversas administraciones sectoriales comporta a menudo graves inconvenientes (coste de la no-intersectorialidad):

- Falta de coordinación general.
- Duplicación de actividades con ineficiencias.
- Deficiencias en la cobertura.
- Contradicciones entre las diferentes regulaciones sectoriales y entre los objetivos de salud pública y la promoción del comercio y el desarrollo de la industria.
- Aplicación desigual de los mecanismos de control.

Cualquier línea de avance pasa por el reconocimiento que el control de los alimentos es una responsabilidad compartida que requiere la interacción positiva entre todas las partes interesadas. En este sentido, muchos países han reevaluado la forma en que organizan los sistemas de control de los alimentos. La tendencia actual en los países desarrollados es la de establecer organismos de seguridad alimentaria para coordinar los controles oficiales sectoriales, como por ejemplo España, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo, Suecia, Grecia o Gran Bretaña.

La creación de la Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (ACSA), mediante la Ley 20/2002, adscrita al Departamento de Salud se inscribe en este contexto. Se trataba de intentar gestionar la transversalidad, rompiendo la compartimentación inherente al modelo burocrático tradicional, mediante la creación de una agencia interdepartamental que asumiera competencias de los cuatro departamentos con responsabilidades en seguridad alimentaria.

Lo que se quería era que en la definición estratégica de las políticas de seguridad alimentaria participen los agentes económicos, los diversos departamentos, las administraciones locales y los consumidores mediante un Consejo de Dirección como órgano de dirección de la Agencia.

Esto supone una cierta pérdida de control del subsistema de salud pública, con la sustitución de las líneas jerárquicas para potestades de autogobierno, con control de la sociedad civil. De todas maneras, con este proceso se producía de facto, un incremento de las competencias y de la capacidad de influencia del sistema sanitario ya que se incrementaba la capacidad de intervención en las otras políticas sectoriales que conforman la seguridad alimentaria (sanidad animal y vegetal, alimentación animal, contaminación ambiental y etiquetaje e información al consumidor).

Para gestionar la intersectorialidad se proponían tres elementos fundamentales:

- El Consejo de Dirección, como órgano de gobierno cuenta con además de los representantes de los departamentos de la Generalitat y de las administraciones locales, con la participación de representantes de las organizaciones profesionales agrarias, de los empresarios del sector alimentario y de los consumidores. Este hecho supone una verdadera transferencia de poder hacia la sociedad civil relacionada con la seguridad alimentaria, ya que no se trata de una mera participación consultiva, sino de una verdadera intervención en el diseño y la ejecución de las políticas de seguridad alimentaria en Cataluña.

- El Plan de seguridad alimentaria que ha de incluir los objetivos a alcanzar y las líneas directivas y de despliegue de los programas y actividades desarrollados por los diferentes departamentos de la Generalitat y de las administraciones locales. Ha de ser un instrumento del Gobierno y está sometido a control por el Parlamento de Cataluña.

- La copropiedad mediante la participación presupuestaria de los cuatro departamentos implicados en la seguridad alimentaria en la financiación de la ACSA que quedó establecida en un 55% por parte del Departamento de Salud, un 25% por el Departamento de Agricultura, Ganadería y Pesca, un 15% por el Departamento de Comercio, Turismo y Consumo y un 5% por el Departamento de Medio Ambiente y Vivienda. Ésta es una solución innovadora dentro de la Administración de la Generalitat, ya que es el único organismo autónomo administrativo cofinanciado por más de un departamento. Se consideró que esta “copropiedad” hace más fácil, conceptualmente, la “cesión” de algunas funciones de evaluación y de comunicación del riesgo y de planificación, de coordinación y de supervisión desde los departamentos.

La seguridad alimentaria es, así, una área donde la gestión de la intersectorialidad se convierte en una prioridad de primer orden y para conseguirla se intentaron buscar mecanismos innovadores.

La salud en la escuela

El Programa de salud Escolar

El Programa de salud Escolar, creado por Decreto de 17 de marzo de 1980 y adscrito a la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Seguridad Social tiene como objetivo la mejora de la salud infantil en Cataluña, mediante tareas de prevención y de promoción de la salud a desarrollar por parte del personal sanitario dentro del ámbito de los centros docentes.

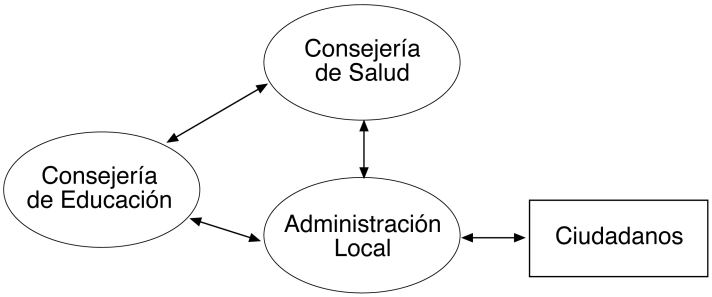
La planificación y evaluación del Programa corresponden a la Dirección General de Salud Publica y su seguimiento y control por las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud. La ejecución del Programa en los centros educativos corresponde a los ayuntamientos mediante los profesionales de los cuerpos de funcionarios al servicio de la Administración local o bien a través del personal contratado específicamente para la realización de estas tareas.

Hasta la actualidad la intersectorialidad en el programa de salud escolar tan solo ha venido determinada por la ejecución por parte de los ayuntamientos de las determinaciones de cumplimiento obligado en todos los centros docentes públicos y privados que imparten enseñanzas de régimen general y escolarización de alumnos comprendidos entre los 3 y los 16 años de edad.

Los técnicos municipales han llevado a cabo las tareas encargadas de protección y promoción en las escuelas de manera individual y posteriormente han trasladado los datos a la región sanitaria del Servicio Catalán de la Salud. Esta situación se ha venido produciendo en la gran mayoría de los ayuntamientos de nuestro país, si bien han surgido, con el paso de los años en algunos municipios, nuevas fórmulas de intervención y/o actuación y los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria son los ejecutores en los centros escolares de las actividades antes mencionadas.

Los ayuntamientos han venido liderando el programa de salud escolar en los centros, descentralizando las revisiones médicas, las vacunaciones y programas de educación sanitaria. Su experiencia es larga. Así mismo, para la realización de programas de educación sanitaria han llevado a cabo tareas de investigación para conocer realmente las problemáticas en relación a la salud de la población escolar a fin de diseñar y realizar programas de educación sanitaria y posteriormente evaluarlos.

El Plan de intersectorialidad en salud escolar supone que han de participar todos los agentes que están directa o indirectamente interesados, y ha llegado a ser un proceso de colaboración entre la Administración autonómica, la Administración local y los agentes sociales. Ha de permitir compartir responsabilidades, recursos, instrumentos, no tan solo institucionales y colectivos sino también individuales y familiares.



El Programa de educación para la salud en la escuela

Mediante el Decreto 79/190 de 20 de marzo de aprobación y aplicación del Programa de educación para la salud en la escuela se pretende velar por la incorporación de la educación para la salud en todos sus aspectos (sexualidad y afectividad, hábitos alimentarios, prevención de drogodependencias, etc.) en los centros docentes, a fin que el conjunto de la comunidad educativa asuma una actitud y un estilo de vida saludables.

El programa de educación para la salud en la escuela es un programa interdepartamental entre los departamentos de Enseñanza y de Salud. Orgánicamente está ubicado en el Servicio de Educación Especial y Programas Educativos de la Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa del Departamento de Enseñanza. Las líneas de actuación se definen en la Comisión Interdepartamental formada por responsables de los dos departamentos.

La intersectorialitat en el programa de educación para la salud en la escuela es idéntica a la intersectorialidad del programa de salud escolar, cosa que supone que han de participar todos los agentes interesados y llegar a un proceso de colaboración entre las administraciones autonómicas y locales, debiendo compartir responsabilidades y recursos.

Programa salud y escuela

En el mes de octubre de 2004 se ha presentado el Proyecto salud y escuela que tiene como objetivo mejorar la salud de los adolescentes a través de acciones de promoción de la salud, prevención de las situaciones de riesgo y actuación precoz ante los problemas de salud relacionados, preferentemente, con la salud mental, la salud afectivo sexual, el consumo de drogas, alcohol y tabaco y los trastornos relacionados con al alimentación.

Esta propuesta de trabajo no es nueva, la cooperación entre el Departamento de Salud y el Departamento de Educación fortalecerá las experiencias que ya se están realizando en los ámbitos de la salud y enseñanza, entre los cuales podemos destacar: los equipos de asesoramiento psicopedagógico, las actividades en salud escolar realizadas por los ayuntamientos, las actividades de algunos equipos de atención primaria y las experiencias de profesionales del ámbito de la educación y de la salud.

Así pues, concretar que este nuevo programa iniciado es una realidad de intersectorialidad, están implicados todos los entes interesados: Departamento de Salud, Departamento de Enseñanza, ayuntamientos y entes sociales.

CONCLUSIONES

1. Hay un amplio consenso, en el subsistema de salud pública, de la necesidad de la acción intersectorial para poder afrontar los problemas de salud.

2. La práctica de la intersectorialidad en Cataluña, a la hora de abordar los diferentes problemas de salud de la población, no se rige por una estrategia global, sino que más bien, insuficiente, fragmentaria, reactiva y desigual.

3. No obstante, existen en nuestro país, experiencias puntuales interesantes que cabe analizar en profundidad para extraer los conocimientos prácticos aplicables en diferentes entornos.

4. De todas maneras, se hace difícil el análisis de los resultados de la intersectorialidad, entre otras cosas por la falta de estudios con base científica, sobre su gestión.

RECOMENDACIONES

1. En el abordaje de la intersectorialidad parece necesario pasar de la conceptualización y los discursos a las acciones concretas. Hay que ubicar la intersectorialidad en un planteamiento estratégico del tratamiento de los problemas de salud. Además, allá donde se hayan producido resultados constatables, se ha de avanzar para su perfeccionamiento, investigando una relación integrada, consciente e interactiva.

2. Se ha de producir un análisis profundo para identificar los problemas de salud en el abordaje de los cuales la intersectorialidad deviene fundamental.

3. Se han de estudiar las experiencias de intersectorialidad existentes, sobre todo en Cataluña, para identificar los puntos fuertes y los débiles y extraer conclusiones que permitan su mejora.

4. Las acciones intersectoriales no han de ser relaciones reactivas, sectores diferentes de la Administración para resolver problemas concretos, sino un trabajo conjunto para promover políticas que produzcan ganancias en salud, donde todos los sectores implicados ganen. Es decir, buscar situaciones en que los sectores participantes identifiquen los beneficios de trabajar juntos para su sector y que no se creen marcos que faciliten cambios hacia la dirección deseada.

5. Se han de establecer estrategias globales de país pero que tengan traducción en proyectos operativos que han de definir claramente:

    a) Objetivos comunes y objetivos de interés para cada sector.
    b) Sectores que intervendrán.
    c) Metodología de trabajo consensuada.
    d) Actividades que se desarrollarán y quién las llevara a cabo.
    e) Recursos que aportará cada uno.
    f) Liderato y mecanismos de coordinación.

6. Es conveniente potenciar mecanismos normativos que permitan el abordaje intersectorial de las políticas de salud y que den soporte a los diferentes planes estratégicos.

7. Se han de crear estructuras estables y, en algún caso, con repercusiones organizativas que gestionen la intersectorialidad y se responsabilicen de garantizar el trabajo cooperativo de las diferentes administraciones sectoriales.

8. Se ha de potenciar la formación de las personas del sector salud pública, pero también al resto de los sectores, para que adquieran las habilidades y capacidades necesarias para trabajar en un entorno intersectorial.

9. La intersectorialidad se ha de dar en todos los niveles administrativos y ha de contar con los diferentes representantes de la sociedad civil.

10. Hay que impulsar la investigación de la intersectorialidad, analizando los resultados de su aplicación real, en qué medida se debería de aplicar y la evaluación de los elementos que la dificultan.

LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

Fernando G. Benavides

CONSIDERACIONES GENERALES

Esta propuesta parte de la necesidad de establecer una alianza estratégica entre la academia y los profesionales, alianza que fomente las sinergias entre los dos, superando los recelos existentes, y donde las actividades formativas, de investigación e innovación formen parte de la carrera de los profesionales de salud pública. Así mismo, las actividades docentes y de investigación desarrolladas en ámbitos académicos han de estar en función de los problemas y necesidades de salud de la población.

Las actividades de salud pública, como cualquier otra actividad de servicio, se basan principalmente en un uso intensivo de los recursos humanos. Por tanto, la calidad de las prestaciones de salud pública depende directamente de las competencias de los profesionales que ejercen la salud pública. En este sentido, una condición necesaria para la reforma de los servicios de salud pública es la existencia de profesionales competentes (Benavides, 2002).

Ahora bien, como se ha señalado recientemente (Beaglehole et al., 2004), los programas actuales de formación de los profesionales de salud pública se han de adaptar a los nuevos problemas y retos de la salud pública del siglo XXI: cambios ambientales posiblemente irreversibles, envejecimiento de la población, movimientos migratorios amplios, a lo que se ha de añadir las crecientes desigualdades sociales en salud, en parte mediadas por los nuevos factores de naturaleza psicosocial. Por contra, los programas de formación en salud pública están demasiado orientados por las agendas académicas de los investigadores, principalmente dirigidos a la investigación biomédica.

El profesional de salud pública que necesitamos para hacer frente a los nuevos retos ha de tener habilidades para colaborar con otras disciplinas e influir en la toma de decisiones en el ámbito político y de la gestión. La visión centrada en los factores de riesgos biomédicos e individuales (colesterol, hipertensión, etc.) ha de ser complementada por otra visión más amplia que conecte con la complejidad de los determinantes sociales, económicos y políticos que influyen directa e indirectamente en la salud de las poblaciones.

Así mismo, la salud pública, a diferencia de otros ámbitos de actuación sanitaria, tiene muchas competencias específicas que se desarrollan desde los niveles locales. Estas competencias no son sólo ejecutivas, sino que, en muchos casos, son “normativas”, atendiendo a que los municipios tienen capacidad de emitir ordenanzas sobre estas materias. A escala local, a menudo se confunden las actividades políticas con las actividades técnicas. Es pues, importante señalar que la limitación de recursos abona esta confusión de roles. Es relevante, más que en ningún otro ámbito de la sanidad, considerar acuerdos y vinculaciones entre el mundo académico, el mundo político y el mundo profesional local a fin de diseñar programas que hagan accesible la formación en este ámbito.

La necesaria multidisciplinariedad de la salud pública se refleja en la diversidad de procedencia de sus profesionales, sean de los sectores sanitarios (médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeros, psicólogos, etc...) y no sanitario (economistas, juristas, sociólogos, etc...). Esta diversidad, impuesta por la misma realidad, nos lleva a definir unas **competencias profesionales** (Segura y Benavides, 2000) básicas y comunes para cualquier profesional de la salud pública, independientemente del ámbito donde trabaje (vigilancia de la salud pública, protección de la salud, gestión sanitaria, etc...).

Unas competencias profesionales que han de servir para hacer frente a los nuevos retos, por lo que han de incluir habilidades y conocimientos relacionados con la práctica de una salud pública moderna, con capacidad de liderato del sistema de salud, de colaborar con otros sectores sociales, fuera del sistema de salud, y con las organizaciones de la comunidad, además de tener capacidad para entender y actuar por lo que respecta a los procesos políticos.

Estas competencias profesionales se han de adquirir mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje continua y de calidad, basado en la mejor evidencia científica disponible (Fielding JE, 1999). Esto quiere decir, entre otras cosas, que hacer e interpretar investigación es una parte esencial de la formación y de la práctica de cualquier profesional de la salud pública, pero sin olvidar que la razón de ser del profesional es mejorar la salud de la población, convirtiendo los conocimientos científicos en acciones protectoras y promotoras de salud. Acciones que han de ser evaluadas también sistemáticamente.

De acuerdo con estas premisas, investigación, formación y práctica profesional constituyen un círculo virtuoso para mejorar de forma continua la salud de la población.

Además, las competencias profesionales nucleares nos pueden ayudar a establecer un sentimiento de pertenencia a la profesión de salud pública, y a la vez, se han de revisar periódicamente (Segura et al, 2004), revisiones en las cuales tendrían que participar también las organizaciones profesionales, como la Sociedad de Salud Pública de Cataluña y Baleares. El profesional de la salud pública se ha de ver como un especialista en sí mismo, no como un especialista médico, por bien que esté estrechamente relacionado con el sistema sanitario.

Una garantía del mantenimiento de las competencias profesionales a lo largo de la vida profesional es la **reacreditación periódica**, que debería iniciarse de forma voluntaria y, después de un período de prueba, estudiar la obligatoriedad. Los programas de formación continua serán un elemento clave, pero no el único, en este proceso de reacreditación periódica. Experiencia profesional e investigación deberían de ser los otros parámetros de la reacreditación profesional.

En resumen, la formación, la investigación y la innovación constituyen elementos claves para la eficacia y la viabilidad del sistema de salud pública.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN CATALUÑA

La formación de la mayoría de los profesionales de salud pública en Cataluña ha tenido hasta hace poco un carácter principalmente anecdótico y autodidacta, donde la estancia en universidades y centros extranjeros era la alternativa habitual si se quería adquirir una formación de calidad muy orientada a los aspectos de investigación y académicos de la salud pública. Esto ha podido crear una distancia entre los profesionales de salud pública con una formación de calidad, que trabajan principalmente en el ámbito académico, y otros profesionales con menor calidad en su formación. Hipótesis que se debería verificar y si se confirmase esta distancia, se debería acortar lo más pronto posible.

Otras circunstancias, como el trabajo individualizado o en territorios aislados, promueven la distancia entre el mundo académico y científico y el profesional.

La creación del Instituto Universitario de Salud Pública de Cataluña (ISP) en 1995, como consorcio participado por el Departamento de Sanidad, el Ayuntamiento de Barcelona y la Universidad de Barcelona, significó el esfuerzo más notable que se ha hecho en Cataluña hasta ahora para mejorar la calidad de la formación de calidad de los profesionales de salud pública. Pero tristemente no prosperó. Queda pendiente el análisis detallado de las causas de este fracaso, que nos ayudaría, sin duda, a mejorar el futuro de los recursos docentes y de investigación de salud pública en Cataluña. La existencia de aproximadamente 60 escuelas de salud pública en Europa y 30 en los Estados Unidos (Beaglehole and Bonita, 2004) nos obliga a repensar esta posibilidad.

A pesar de este hecho negativo, la organización del **Master en salud pública** desde el año 2002 por la Universidad Pompeu Fabra ha dado continuidad a este esfuerzo, iniciado en el año 1989 por la Universidad de Barcelona, seguido desde 1993 por el IES y que desde 1995 hasta el 2000 se desarrolló en el ISP, junto con otros programas formativos reglados en diversos aspectos de la salud pública (diplomados en sanidad, Diploma en medio ambiente y salud, Diploma en salud pública veterinaria, aparte de otros cursos de formación permanente o de profundización).

En la consolidación del actual programa de Master en salud pública, es remarcable su reconocimiento por parte de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública como programa válido para los MIR de la especialidad de las 5 unidades docentes actualmente acreditadas en Cataluña: Vall d'Hebrón (3 MIR), Clínic (2), Bellvitge (3), IMAS-UPF-ASPB (3) y Sant Pau (1). Unidades Docentes que deberían de ser auditadas de acuerdo con el nuevo programa y criterios de acreditación aprobado recientemente.

La participación en la organización del Master en salud pública de la UPF de un compendio de instituciones claves en la actividad profesional y de investigación salud pública en Cataluña, como son la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Instituto Municipal de Investigación Médica, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud, el Instituto Catalán de Oncología y el Instituto de Estudios de la Salud, junto con otras instituciones colaboradoras, como el Consorcio Hospitalario de Cataluña, la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigaciones Médicas y la Fundación Salud,

Sociedad e Innovación, dan una sólida estabilidad institucional y económica a este programa docente.

Junto a este Master de salud pública, hay otros programas en aspectos más específicos de la salud pública organizados por las diferentes universidades e instituciones catalanas como son el Master en medicina preventiva y promoción de la salud y el Master en enfermería de salud pública y comunitaria de la Universidad de Barcelona; el Master en salud internacional y medicina tropical y el Master en metodología de la investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona. Además de los programas en economía de la salud, gestión de servicios sanitarios y políticas públicas organizados también desde la Universidad Pompeu Fabra. En la tabla 1 se recogen algunas características de esta amplia oferta docente.

A parte de los programas de master ya señalados, hay tres **programas de doctorado** relacionados con la salud pública, que organizan las universidades de Barcelona, Autónoma de Barcelona y Pompeu Fabra (ver la tabla 2).

Los programas de doctorado desde hace tiempo se consideran una etapa formativa más, abierta a todos los profesionales que quieran mejorar sus competencias profesionales, no sólo para aquellos profesionales, siempre un número pequeño, que quiera hacer una carrera docente y de investigación.

Finalmente, existe cada vez una oferta docente de **formación continua** más amplia, una parte importante de carácter puntual. De forma más sistemática hemos de destacar la oferta del IES (que se podría integrar como un curso parte del Master en salud pública) y la del Centro de Estudios Colegiales y, más recientemente, el programa ofertado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona y la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (ver tabla 3).

ESTRATEGIAS A CORTO -2006- Y MEDIO PLAZO -2010-

Una clave para mejorar la calidad de los programas de formación en salud pública es ligar estrechamente la formación en salud pública y la práctica profesional en salud pública, tanto para formar los nuevos profesionales como para actualizar las competencias de los profesionales activos.

La acreditación voluntaria de la calidad de los programas docentes en salud pública por parte de la Administración es una vía clave para mejorar estos programas. Las auditorias de las unidades docentes de medicina preventiva y salud pública que ha de hacer obligatoriamente la Administración pueden constituir un buen ejemplo para desarrollar esta función.

Al mismo tiempo, la Administración ha de establecer una carrera profesional de salud pública basada en la actividad profesional, la formación continua y la investigación realizada, identificando diferentes grados a lo largo de su vida profesional. Las experiencias ya iniciadas en instituciones sanitarias asistenciales pueden servir de ejemplo.

Los programas de formación continua han de estar definidos, y priorizados, de acuerdo con las necesidades y problemas existentes, pero también se han de tener en cuenta las demandas de los propios profesionales. Así mismo, estos programas han de ser accesibles y es aconsejable que en su desarrollo participen profesionales seniors implicados en la prestación de servicios. La formación a distancia o semipresencial puede tener un papel significativo en estos programas formativos, a pesar de que los formatos presenciales tienen unos valores añadidos de contacto personal entre los mismos profesionales ahora por ahora insustituibles.

Una cuestión importante recae en el hecho de que los nuevos profesionales que se incorporan a tareas de salud pública han de tener una formación básica en salud pública, equivalente como mínimo a master (dentro del nuevo Espacio Europeo de Enseñanza Superior), independientemente de la formación de grado previa (médico, veterinario, economistas, enfermero, etc.) y de las funciones concretas que han de desarrollar.

Finalmente, la formación en salud pública, tanto básica como continuada, ha de tener un componente significativo en investigación, tanto cuantitativa como cualitativa, que dé capacidad crítica al profesional de salud pública para hacer frente a los nuevos, y viejos, problemas. Esto significa disponer de financiación, mediante becas, para realizar tesinas de master y tesis doctorales, en el marco de los proyectos de investigación desarrollados por las instituciones implicadas en la docencia.

En el desarrollo de esta estrategia hay puntos fuertes y puntos débiles. Entre los primeros, podemos destacar que:

- La actual oferta docente en salud pública en Cataluña se puede considerar amplia y de calidad, a pesar de que aún necesita ser adaptada a las competencias profesionales identificadas.

- El despliegue del nuevo Espacio Europeo de Estudios Superiores, acreditando de master en salud pública y áreas relacionadas, puede ayudar a renovar y mejorar la calidad de los programas docentes.

- La existencia de diferentes grupos de investigación en salud pública consolidados en Cataluña.

- Las reformas recientes del programa MIR de medicina preventiva y salud pública, ya aprobado por la Comisión de Recursos Humanos del SNS.

- La voluntad de desarrollar la especialización de enfermería, entre los cuales estaría la especialidad de enfermería de salud pública.

Entre los puntos débiles podemos destacar que:

- La actual oferta formativa es dispersa y está construida más en función de criterios académicos que de las necesidades de los profesionales y el sistema de salud pública.

- No hay una identificación de prioridades en investigación y formación en salud pública por parte de las administraciones con responsabilidades en salud pública (autonómica, provincial y local), que ayude a establecer los programas docentes.

- La diversidad de procedencias académicas de los profesionales de salud pública (ciencias médicas, sociales, experimentales, etc...) dificulta muchas veces la comunicación y hasta la colaboración entre ellos.

- La complejidad, y al mismo tiempo la especificidad, de algunas tareas de salud pública dificulta el diseño y despliegue de programas de formación.

ACCIONES CLAVES A DESARROLLAR PARA AVANZAR EN LA MEJORA DE LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA

1. Definir los criterios y los procedimientos de acreditación de programas de formación de salud pública, especialmente los de master y de doctorado. Esta acreditación no ha de tener necesariamente un carácter obligatorio.

2. Coordinar y auditar las unidades docentes de medicina preventiva y salud pública actualmente acreditadas de acuerdo con los nuevos criterios aprobado por la Comisión Nacional de Medicina Preventiva y Salud Pública.

3. Incrementar el número de plazas de MIR de medicina preventiva y salud pública.

4. Revisar las competencias profesionales en salud pública, actividad que podría liderar la Sociedad de Salud Pública de Cataluña y Baleares, teniendo en cuenta los diferentes grupos de profesionales que trabajan en salud pública.

5. Establecer un programa de formación continua dirigido expresamente a los profesionales que actúan en los niveles locales y descentralizados del sistema, de acuerdo a sus necesidades.

6. Definir la carrera profesional en salud pública, que tenga en cuenta la formación, la investigación y la actividad profesional en su promoción, no sólo la antigüedad.

7. Definir un proceso de reacreditación profesional periódica, por ejemplo cada cinco años, inicialmente con carácter voluntario, que debería hacer una institución independiente de la Administración.

8. Elaborar un registro oficial de profesionales de salud pública.

9. Disponer de financiación para la realización de tesinas de master y tesis doctorales relacionadas con las necesidades de investigación identificadas en salud pública.

10. Aprovechar la definición del Espacio Europeo de Enseñanza Superior para desarrollar el master en salud pública adaptado a las necesidades y retos de la salud pública del siglo XXI.

11. Definir la especialidad de enfermería en salud pública.

REFERENCIAS

1. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads, achievements and prospects. (2nd ed). Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

2. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving health through collective action. Lancet. 2004; 363: 2084-86.

3. Benavides FG. El papel de los profesionales en la reforma de la salud pública. *Gac Sanit.* 2002; 15 (supl. 4): 69-71.

4. Fielding JE. Public health in the new twentieth century: advances and challenges. Annu Rev Public Health. 1999; 20: 13-30.

5. Segura A, Benavides FG (editores). Competencias profesionales en salud pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública-Institut d'Estudis de la Salut, 2000.

6. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit.* 2004; 17: 23-34.

Tabla 1
Programas de máster en salud pública y afines de las universidades catalanas.

Institución organizadora	Programa	Créditos	Duración	Última edición
Universidad Pompeu Fabra	Salud pública	80	1 año (posibilidad hacerlo en 2 años)	Presencial
	Economía de la salud y del medicamento	42,5	-	Distancia
	Administración y dirección de servicios sanitarios	40	1 año y medio	Presencial
	Políticas públicas y sociales	95	2 años	Presencial
Universidad de Barcelona	Medicina preventiva y promoción de la salud	30	2 años	Presencial
	Enfermería de salud pública y comunitaria	70	2 años	Semipresencial
Universidad Abierta de Catalunya	Máster en gestión clínica, de servicios sanitarios. Diplomatura en evaluación de servicios sanitarios	Diversas opciones Máster: 60 créditos (=1.500 horas)	2 años	No presencial
Universidad Autónoma de Barcelona	Diplomatura y máster en metodología de la investigación: diseño y estadística en ciencias de la salud	Diploma: 30 Máster: +24 (1 crédito = 20 horas)	4 años	No presencial
	Salud internacional y medicina tropical	50	1 año	Presencial
Instituto de Estudios de la Salud	Diplomado en Sanidad	25	1 año	Presencial Ediciones en BCN, Lleida y Girona
Escuela Virtual de Salud (CHC-Universidad de BCN)	Máster en gestión de centros y servicios de salud	?	2 años	No presencial

Tabla 2
Programas de doctorado en salud pública de las universidades catalanas

Institución	Programa	Características
Universidad Pompeu Fabra	Ciencias de la salud y de la vida, itinerario de salud pública	http://www.upf.edu/cexs/doctorat
Universidad Autònoma de Barcelona	Salud pública y metodología de la investigación biomédica	http://www.uab.es/servlet/Satellite?cid=1090073549391&pagename=UAB%2FPage%2FTemplatePageLevel2&param1=DoctoratProgrames&param2=1090573141841
Universidad de Barcelona	Salud pública	http://www.giga.ub.edu/acad/cgi/bienco20_99.pl?pr=D10812&accurso=20032

Tabla 3
Programas de formación continuada en salud pública en Cataluña

Institución	Características
Instituto de Estudios de la Salud	http://www.iesalut.es
Agencia de Salud Pública de Barcelona/ *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*	http://www.jhsph.edu/Dept/HPM/Non_Degree/institutes/index.html
Centro de Estudios Colegiales (Col. Médicos BCN)	Hay algunos cursos de metodología y de materias afines a la SP. http://www.comb.es/cat/serveis_profes/cec/cec-Page-T_cursos_cat_menu-cursos_1035979309944.htm

INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA

Xavier Bosch

Colectivamente los equipos de investigación de salud pública en Cataluña constituyen un grupo potente, con algunas áreas de impacto internacional. Internamente son poco conocidos entre los profesionales de la salud y logísticamente los grupos están localizados en instituciones diversas.

Una parte importante de los puestos de decisión en temas de investigación están vinculados a la vida política y sus vicisitudes y, administrativamente, sufren una gestión de recursos no bien adaptada a las características y las prioridades de la investigación. Un ejemplo es la desubicación de algunos perfiles profesionales en el contexto de los organigramas hospitalarios, particularmente de los profesionales no médicos.

IDEAS DE REFUERZO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA:

Grupos consolidados de investigación

Hemos identificado los grupos con actividades de investigación en salud pública. En Cataluña los grupos de investigación en salud pública son actualmente cinco, localizados en el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (IMIM), la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), el instituto Catalán de Oncología (ICO), el Hospital Clínico y el Departamento de Salud. En los últimos años se han estructurado en la Red de Salud Pública promovida por el Instituto Carlos III. Estos grupos han de ser generadores de temas de tesinas y tesis para estudiantes en salud pública y gestionar la formación en investigación del personal sanitario.

Grupos sanitarios asociados

También hemos encontrado grupos con actividad sanitaria cercana a la investigación, que podrían asociarse a actividades de investigación. Grupos con estas características son, por ejemplo, los relacionados con el control de enfermedades, la sanidad ambiental, la gestión de estadísticas sanitarias y otros.

Entre las actividades posibles de estos grupos se incluyen la expansión de la base de recogida y gestión de la información sanitaria, la generación de hipótesis de estudio y la colaboración en el desarrollo de los proyectos de investigación.

Sería muy conveniente crear un conjunto de incentivos de promoción y prestigio para sanitarios que ofrezcan participación ocasional en programas de investigación.

Actividad de identificación de problemas sanitarios merecedores de actividades de investigación

Sería conveniente proponer una discusión sobre áreas de relieve en salud pública que estén, o sean percibidas, como cubiertas insuficientemente por las actividades de investigación actuales y que en algún sector de la sociedad tiendan a verse como prioridades. Un ejemplo de este debate es el ofertado regularmente por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña en los meses precedentes a las convocatorias de ayudas a la investigación. El objetivo es afinar el equilibrio entre lo que los investigadores quieren investigar y lo que otros sectores sociales querrían que fuera investigado.

Ejemplos de este tipo de interacción se produjeron de manera muy notable en la demanda de investigación sobre los efectos de la exposición a microondas y algunos tumores malignos, los residuos tóxicos en Flix, el control de brotes de legionela, la enfermedad priónica y cadena alimentarla y otros.

Presencia internacional y visibilidad

Es importante desarrollar las actividades de comunicación y las asociaciones científicas con grupos de investigación punteros. Los contactos con las organizaciones de colaboración europea en Cataluña y los socios internacionales de los proyectos se habrían de fomentar con ayudas específicas.

Generar el fondo de investigación en Salud Pública en Cataluña

Sería importante generar becas atractivas con convocatoria anual. Este tipo de apoyo da credibilidad al proyecto y estimula su presentación. Es importante integrarlo en las fuentes establecidas de financiación de la investigación con acuerdos administrativamente ágiles entre el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), las redes y los organismos locales.

Rol de la Agencia de Salud Pública de Cataluña

La estructuración de la Agencia de Salud Pública de Cataluña en temas de investigación puede ayudar a articular y promover las actividades descritas. Es importante no aumentar la complejidad administrativa replicando algunos de los muchos esfuerzos que ya se han articulado en el país con esta finalidad.

Posibles actividades transversales de soporte a la investigación:

- Organizar los debates de salud pública e investigación. Podrían tener una cierta regularidad, notoriedad y repercusión pública y publicaciones asociadas.
- Gestionar la Oficina de Relaciones Internacionales para Investigación de Oportunidades, de Influencia y de Financiación de Proyectos de Investigación en Salud Pública.
- Crear una bolsa de oportunidades de formación y trabajo.
- Convocar ayudas para la investigación en modalidades a definir (proyectos, proyectos solicitados, soporte a grupos consolidados u otros).

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA ESTRATEGIA DE DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA 2010

Andreu Segura

INTRODUCCIÓN

Etimológicamente participar significa tomar parte, contribuir a la construcción de alguna empresa común que, en el contexto de este documento, es la salud de la población. El propósito de la participación es, pues, la mejora de la salud, pero si entendemos que la salud es también un asunto colectivo, la participación deviene un elemento indispensable por sí misma. Una participación que es expresión de la soberanía de la población en cuanto a los determinantes de su propia salud *[1]. La participación ciudadana *[2] en los ámbitos de la salud y de la sanidad comparte unas características que son comunes a cualquier ámbito y otras que son específicas.

El grado de participación de la ciudadanía en los asuntos colectivos es un indicador del desarrollo democrático de la sociedad. Esta característica se articula como un derecho de los ciudadanos, de forma que las administraciones han de favorecer la existencia de los canales y los procedimientos que faciliten esta participación *[3].

La motivación primaria para la participación –con independencia de las decisiones racionales que mandan en la construcción de las sociedades democráticas— es verosímil que dependa de la obtención de algún beneficio tangible que compense el esfuerzo que comporta la acción de participar. La tendencia, compartida por los humanos y el resto de criaturas sociales, al sentirse integrados en el propio grupo, proporciona satisfacciones materiales de forma que contribuye directamente a la supervivencia de la especie. Una tendencia que, en el caso de los humanos, implica también bienestar moral y cohesión social.

La evolución de las culturas humanas, el crecimiento de las sociedades y el aumento de la complejidad de las organizaciones comporta modificaciones sustanciales en la naturaleza de las comunidades y mediatiza la obtención de beneficios atribuibles a la participación. Aparecen

---

*1 Soberanía seria el equivalente al término inglés “empowerment” que es un de los elementos esenciales de la promoción de la salud.

*2 Se utiliza el adjetivo *ciudadana* en lugar del adjetivo comunitaria que figuraba en la versión preliminar de este documento porque es difícil definir operativamente la comunidad, ya que en una población pueden coexistir diversas comunidades (M. Lluïsa Vàzquez) y también porque tiene más tradición (J. Martínez).

*3 Es un derecho porque todos han de poder contribuir, pero se puede considerar también un deber, porque sin la participación no se puede mantener el carácter democrático de la organización política de la comunidad. Esto no obstante, diversos corresponsales niegan que pueda verse como una obligación. La diferencia de criterio seguramente refleja el grado de responsabilidad que tienen las personas y las instituciones. Pero, a pesar de que la responsabilidad individual sea menor, las personas tenemos alguna sobre la organización política de la sociedad donde vivimos.

objetivos diversos, a veces contradictorios, los cuales dan lugar a conflictos de intereses y a enfrentamientos. El sentido de la participación también se diversifica de acuerdo con la defensa de los intereses particulares. La existencia de conflictos de intereses y de confrontaciones es, pues, un elemento puntero, que hay que tener en cuenta a fin de no caer en formulaciones ingenuas—basadas en una concepción simplista del altruismo—o hipócritas, que finalmente devienen obstáculos para la participación. Ésta permite, precisamente, encararse con los conflictos de intereses de una forma abierta.

Todo ello no es ajeno al déficit generalizado de participación ciudadana en los asuntos colectivos, que en los países con regímenes políticos democráticos se manifiesta mediante la abstención electoral, la baja afiliación a los partidos políticos y a las organizaciones sindicales, entre otras. Una situación que refleja la falta de adaptación de estas instituciones a las transformaciones sociales, de manera que, en ocasiones, pueden significar obstáculos a la participación.

Diversos autores han estudiado la evolución de la participación ciudadana en Cataluña, mediante análisis que consideran, entre otros aspectos, las limitaciones existentes, consecuencia de eventuales intentos de manipulación por parte de quien detenta el poder político o económico; de los entresijos procedentes de grupos y de instituciones que sienten amenazados sus intereses con la participación de otros y de la tendencia de las personas a inhibirse ante la incerteza de alcanzar beneficios individuales o colectivos. El individualismo es, también un valor cultural ampliamente promovido. Por otro lado, los canales de participación establecidos legalmente a menudo son demasiado burocráticos y restrictivos, no movilizadores y poco o nada vinculantes. La desconfianza en las posibilidades de la participación es un sentimiento general. Estudios que consideran las diversas alternativas y que, en general, destacan la importancia del ámbito local para desarrollar, experimentar y evaluar nuevas fórmulas de participación. Una bibliografía que merece particular atención a la hora de diseñar estrategias específicas en el ámbito de la salud y de los servicios sanitarios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Según parece, la capacidad natural de los humanos para identificar y reconocer a los otros se ve limitada a unos ciento cincuenta individuos [9]. La creación de las ciudades hace cerca de diez mil años significó la emergencia de nuevas formas de relación y la tendencia a constituir subgrupos, por ejemplo, los barrios [10, 11]. La participación es, pues, más intensa y directa en grupos de dimensiones reducidas, de manera que las unidades demográficas y territoriales más pequeñas son adecuadas para experimentar actividades directas de participación. A medida que aumenta el tamaño de los grupos las fórmulas de participación se hacen más complicadas y requieren procedimientos más indirectos para hacerlas posibles. A pesar de que las nuevas tecnologías de la comunicación permitan desarrollar instrumentos de participación que acerquen a las personas físicamente alejadas.

ALCANCE Y PARTICULARIDADES DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS ÁMBITOS DE LA SALUD Y LA SANIDAD

Como la salud de las poblaciones y de las personas no depende sólo de las intervenciones sanitarias, sino que es muy sensible a los determinantes biológicos, ambientales y sociales, la

mejora de la salud no es atribuible exclusivamente a las intervenciones del sistema sanitario y menos aún al componente de la atención personal. Por otra parte, las actividades del sistema sanitario pueden comportar problemas para la salud de las personas y de las poblaciones. No solamente como consecuencia de los efectos secundarios de las intervenciones sanitarias que raramente son innocuas, ni de los errores médicos [12], sino también como consecuencia del consumo inadecuado de servicios sanitarios y de la falta de indicación de las intervenciones [13].

Ya se ha dicho que, en el caso de la salud, la participación tiene la potencialidad de mejorar la salud de las personas y de las poblaciones, porque supone una mayor implicación. Seria, pues, una característica deseable desde un punto de vista utilitario. Pero es que, según como entendemos la salud, la participación es un elemento necesario para alcanzar la autonomía y para ejercer la solidaridad, dos de las características que la definición de salud del X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana atribuye a la salud. Autonomía para vivir de la manera menos dependiente posible y solidaridad con el resto de los componentes de la comunidad.

Así pues, en cuanto a la salud la participación ciudadana no se puede limitar al ámbito estricto de los sistemas sanitarios, sino que ha de abarcar el conjunto de factores que tienen una influencia determinante en la salud de las personas y de las poblaciones. Una perspectiva comunitaria que es natural para la salud pública, la cual, a pesar de desarrollarse en gran parte en el sí del sistema sanitario, tiene una posición de frontera entre la sociedad y el mismo sistema sanitario.

En cualquier caso el sistema sanitario como tal merece una particular consideración, en ser reconocido por la sociedad como uno de los principales elementos para el control de los problemas de salud y también porque es desde el mismo sistema sanitario que se plantea la conveniencia de desarrollar la participación de la comunidad. En este sentido, una distinción rotunda entre la salud pública y el resto del sistema podría llevar a confusión, porque los intereses de la población no entienden de delimitaciones que no tienen una correspondencia directa con sus necesidades. De manera que los profesionales no deberíamos de subordinar la participación en nuestros esquemas.

La participación ciudadana en el ámbito de la salud y de la sanidad se enfrenta a los obstáculos que tiene la participación social en general y, además, a algunos específicos. En primer lugar, hay que tener en cuenta la complejidad técnica de los problemas de salud—que requiere conocimientos y habilidades profesionales y que limita las contribuciones de los profanos una limitación artificialmente agravada como consecuencia de la utilización de un léxico excluyente por parte de los profesionales.

En segundo lugar, la complejidad de los sistemas y organizaciones sanitarias actuales y, desde el punto de vista de la política sanitaria, la falta de claridad a la hora de exponer los objetivos generales que, esencialmente, no son de naturaleza técnica.

En tercer lugar, no se puede olvidar que la salud y la enfermedad son fenómenos directamente relacionados con el sufrimiento y la muerte, situaciones que provocan inquietud personal y acentúan el carácter reactivo de muchas respuestas, sesgando la participación hacia a una consideración individualizada de las experiencias personales ante la salud y sus problemas.

Precisamente una de las vías de participación comunitaria que se han desarrollado son las asociaciones de enfermos y familiares de enfermos afectados por enfermedades crónicas y los denominados grupos de ayuda mutua. Son ejemplos loables de participación por como suponen la asunción activa de responsabilidades en cuanto a la salud propia o de las personas cercanas y, en general, se trata de iniciativas necesarias y útiles, aunque puedan crear conflictos de intereses con otras asociaciones o con la comunidad entera. Conflictos que, la mayoría de veces, son legítimos y lógicos, aunque en ocasiones, estas asociaciones puedan ser manipuladas, bien por parte de los sanitarios mismos –ya sean profesionales o instituciones como la industria farmacéutica o de electromedicina – o bien con finalidades partidistas, susceptibles de clientelismo político. En uno y otro caso se trata de asumir más atención o más recursos que los que corresponderían al aplicar unos criterios globales de asignación.

POSIBILIDADES DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Aunque se pueden imaginar algunas posibilidades de participación comunitaria desde la perspectiva de la misma salud pública, intentando ponerse en el lugar de la comunidad para mejorar su salud, cabe tener presente que la perspectiva desde la cual se hacen estas aproximaciones es profesional, de manera que en parte, al menos, hay una cierta substitución que, al extremo se puede convertir en usurpación y alienación –en el sentido marxista de la palabra- como la que denunciaba Ivan Illich [14].

Se puede pensar que esta actitud está justificada porque los profesionales tienen más conocimientos y competencia para resolver los problemas de salud. Pero esto no siempre es cierto. Con independencia de la variabilidad en la práctica sanitaria, sobre todo en la práctica clínica, que en parte al menos depende de los mismos profesionales, éstos han recibido una preparación orientada básicamente a la patología y aún más con una perspectiva predominantemente biológica.

Así pues, de lo que se trata es de asumir un equilibrio que permita armonizar los conocimientos y las competencias de los profesionales con la participación de la ciudadanía. Por eso conviene que, junto con propuestas de participación sugeridas desde los estamentos profesionales y desde las administraciones democráticas, se promueva la contribución directa de la comunidad.

En cualquier caso, se pueden tener presentes los ámbitos funcionales de la salud pública donde cabe la participación comunitaria, los que tienen que ver con la formulación de políticas y los relativos a los servicios proporcionados a la población, y los ámbitos territoriales donde se hacen efectivos estos servicios.

En cuanto a los sistemas sanitarios, los ámbitos de participación de la comunidad pueden abarcar la dimensión más política, en el sentido de establecer las prioridades y formular los objetivos, como la de los servicios sanitarios que se prestan a la comunidad. Al considerar específicamente la salud pública, estos ámbitos más funcionales se concretan en el diseño de estrategias y en la provisión de los servicios específicos de promoción y protección de la salud de carácter comunitario que le es propio.

En este caso, la expresión, más o menos activa, de las preferencias sobre las prioridades y los objetivos de los programas de intervención que se diseñan ante los problemas de salud; sobre los tipos de organización de los servicios o, también, sobre las características de los proveedores es una posibilidad de participación. Una expresión que se puede manifestar electoralmente optando por las propuestas alternativas de las diversas fuerzas políticas si es el caso que estas explicasen claramente sus peculiaridades diferenciales, lo que, disertadamente no acostumbra a pasar. En general todo el mundo ofrece mucho y de todo.

Los servicios sanitarios también pueden formar parte de los planes de desarrollo social y urbanístico. Algunas experiencias de este tipo en la ciudad de Barcelona han contado con la colaboración de los profesionales de los equipos de atención primaria y de las entidades cívicas en los denominados núcleos de intervención participativa (NIP).

La contribución activa al proceso de decisión que hace falta para escoger explícitamente las prioridades y para seleccionar los objetivos de salud de los programas de intervenciones sanitarias podría efectuarse mediante procedimientos de consulta organizados al efecto. Este tipo de experiencias se pueden dirigir a la valoración de la importancia relativa de los problemas de salud actuales, con vista a ordenarlos en una secuencia temporal para afrontarlos sucesivamente, o bien restringir esta valoración a aquellos problemas de los cuales hay pruebas que son susceptibles a las intervenciones.

Una conocida experiencia de participación en la elección de las intervenciones a cargo de los servicios públicos fue la llevada a cabo en el estado de Oregón [15]. Otras experiencias internacionales de participación en el planeamiento sanitario se están llevando a cabo en Brasil [16, 17, 18].

Otra modalidad de participación en el ámbito de las políticas y de las estrategias podría ser el ejercicio de la crítica que, naturalmente, no se limita a estas situaciones. En la acepción más general, la crítica implica una valoración que puede ser más o menos fundamentada. En general, los procedimientos para conocer las críticas y las opiniones de la comunidad se limitan a las posibilidades de reclamar, quejarse o sugerir que están legalmente establecidas para todos los servicios públicos, incluidos los sanitarios –si bien en el ámbito de la asistencia la formalización es más general—o bien a las consultas a muestras de la población en forma de encuestas, generalmente de satisfacción, sobre los servicios. Unas encuestas, el prestigio y la utilidad de las cuales es controvertida. Pero también se han ensayado otras formas como las de los jurados populares en el Reino Unido donde un grupo de personas de la comunidad que son retribuidas por su participación emiten dictámenes sobre problemas de salud y sobre las intervenciones para controlarlos [19].

Los métodos de investigación cualitativa permiten, una utilización más rigurosa de las opiniones, valoraciones, críticas, preferencias y expectativas. Así, desde los estudios tipo Delphi, hasta los grupos nominales, pasando por una amplia variedad de procedimientos, es factible disponer de grupos de consulta diversos, desde los cuales son más o menos representativos de la comunidad hasta los especialmente seleccionados con propósitos estratégicos: líderes de la comunidad; profesionales de disciplinas relacionadas, etc.

Para que este tipo de contribuciones – que, naturalmente, son voluntarias - no sean esporádicas o demasiado relacionadas con intereses muy particulares, es necesario que tengan repercusiones palpables, es decir, que sirvan para modificar aquellos servicios o aquellas políticas que son objeto de evaluación. Así pues, la participación en consultas ha de contar con el compromiso por parte de quien las organiza que serán tenidas en cuenta.

En el ámbito de los servicios de promoción y de protección de la salud proporcionados colectivamente que son los propios de la salud pública, también son factibles diversas formas de participación que pueden ir desde la autogestión plena hasta la propuesta, la crítica o la colaboración.

La autogestión de programas de promoción y de protección de la salud es la que corresponde a iniciativas de grupos de la comunidad que se organizan ellos mismos para llevar a cabo intervenciones encaminadas a mejorar o a preservar su salud. La promoción de este tipo de participación podría hacerse mediante convocatorias de proyectos, con el establecimiento de incentivos, económicos o de otro tipo, para las propuestas o para los resultados mejores.

Una modalidad de participación que se ha ido desarrollando desde distintas perspectivas y bajo diferentes denominaciones *[4], es la investigación participativa basada en la comunidad, que pretende retornar la investigación a la comunidad [20] las características básicas de la que son, que se trata de una investigación participativa; de carácter cooperativo, involucrando los miembros de la comunidad y los investigadores en un proceso conjunto en el cual todos contribuyen en un plano de igualdad; que permite el aprendizaje mutuo; que implica el desarrollo sistemático y la construcción de la capacidad local de la comunidad; que aumenta la capacidad de decisión de la comunidad (*empowerment*) mediante un proceso con el que los participantes pueden incrementar el control sobre sus propias vidas y que asume un balance equilibrado entre la investigación y la acción [21].

Aunque no se ha publicado ningún acopio de experiencias de este tipo en nuestro país, es probable que se hayan producido algunos intentos. En la Barceloneta, por ejemplo, se creó una asociación “Barceloneta Alerta” con el propósito principal de resolver el problema de las personas mayores que viven solas en los pisos altos de escaleras sin ascensor y en unas condiciones precarias. Los miembros de esta asociación en la que participaban representantes de la EAP de la Barceloneta/Servicios Médicos diseñaron un protocolo de investigación donde participaban voluntarios del barrio conjuntamente con los investigadores [22].

Precisamente se acaba de editar un libro que revisa las bases teóricas y metodológicas, así como las posibilidades y las dificultades de diversas experiencias [23]. Este planteamiento requiere, también, la formación adecuada de los profesionales que conviene iniciar en los programas de pregrado, por lo que hace falta enfrentarse a las barreras que dificultan su implantación [24].

La propuesta de proyectos de promoción o de protección de la salud implica un compromi-

*4 Entre las diversas denominaciones de esta modalidad hay las de investigación participativa, investigación acción; indagación mutua o investigación feminista participativa.

so diferente porque se entiende que serán los servicios públicos los encargados de llevar a cabo aquellos que merezca la aprobación de los órganos competentes, que podrían acoger también la participación de personas o entidades de la comunidad como miembros de jurados calificadores.

La colaboración directa con proyectos ya establecidos con más o menos participación también comporta diversas posibilidades de implicación. La naturaleza y el alcance de la participación pueden ser muy variables. Aunque probablemente seria exagerado denominar participación la adhesión a las recomendaciones de los expertos, como pasa cuando desde los estamentos de la salud pública se hacen propuestas de modificación de los llamados estilos de vida, los comportamientos personales relacionados con la alimentación, la actividad física o el consumo de drogas legales o ilegales. En cualquier caso se trataría de una forma muy débil de participación, a pesar de que para que las recomendaciones tengan algún éxito la adhesión haya de ser voluntaria.

Para que la participación tenga sus máximos efectos y se eviten algunos de los problemas que puede ocasionar decidir en abstracto – básicamente que la decisión no se mantenga cuando llegue el momento— hay que asegurar que se hace responsablemente, es decir, que se asumen las consecuencias.

Además, hay que tener en cuenta que la primera fuente de información sanitaria al alcance de los pacientes son los médicos (en el 94% de los casos según la encuesta de Demoscopia del 2002) [25] de manera que hay que tener en cuenta la colaboración de los clínicos. Así pues, desde los equipos de atención primaria se debe considerar el desarrollo de actividades de participación, cuidado tenido que los médicos de la Atención Primaria de Salud son especialistas en medicina familiar y comunitaria y que los profesionales de enfermería desarrollan actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. La relación de la atención primaria con la población es más directa que la de los servicios de salud pública, lo que comporta una posibilidad de intervención conjunta entre los servicios de atención primaria de salud y los de salud pública con una perspectiva comunitaria.

Una primera aproximación a las expectativas de la participación ciudadana en la provisión de servicios de salud en Cataluña se produjo en el año 1999 en el contexto del plan de salud [26]. La importancia de la participación en el conjunto del sistema sanitario ha sido analizada en el contexto de la elaboración del libro blanco de las profesiones sanitarias. Lo que esperan los pacientes de los profesionales está recogido en una monografía del ES [27].

La participación está regulada por las normas legales vigentes que establecen la existencia de consejos de salud, tanto por lo que respecta a las estructuras centrales como a las más periféricas. Lamentablemente no se ha hecho ninguna evaluación del impacto de los consejos ni tampoco de las aportaciones de los representantes de la ciudadanía. La impresión general, salvo pocas excepciones, es que se trata de experiencias demasiado burocratizadas que en el mejor de los casos sirven para informar a la población de las iniciativas de los servicios sanitarios [28]. Aunque en algunos casos, sobretodo, en áreas básicas de salud rural, como en Vilaseca, las asociaciones de vecinos han tenido un papel destacado en la elección de los problemas de salud para iniciar intervenciones de atención primaria orientada a la comunidad [29].

Precisamente para alcanzar una dimensión más operativa de la participación, la regiduría de salud pública del Ayuntamiento de Barcelona convocó recientemente las primeras jornadas de participación ciudadana y salud pública [30]. Una iniciativa paralela a la del Consejo de Bienestar Social del mismo Ayuntamiento que ya cuenta con veinticinco años de existencia y que desde entonces dispone de un grupo específicamente dedicado a la salud *[5].

ASPECTOS BÁSICOS PARA ELABORAR UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

El diseño de estrategias para promover o facilitar la participación comunitaria en salud pública convendría basarlas en un conocimiento suficiente de las expectativas de la población respecto de la sanidad y de la salud pública y también respecto de la participación misma, así como de las motivaciones que llevan a la gente a participar.

Paralelamente, hace falta una voluntad decidida para evitar los obstáculos a la participación, particularmente los que provienen de la salud pública misma: ganar credibilidad frente a la población; sustituir la actitud tradicional de despotismo más o menos ilustrado; agilizar las organizaciones y los servicios de salud pública.

Esto, no obstante, podría ayudar definir algunos propósitos sustantivos generales, entre los cuales se pueden apuntar los siguientes:

- Promover la descentralización, la retroalimentación y la autoorganización a la hora de proponer y llevar a cabo iniciativas de promoción y de protección de la salud.

- Aumentar la credibilidad de los servicios de salud pública mediante la adopción de compromisos con la población; incrementar la capacidad de resolución de los problemas colectivos de salud –particularmente los brotes epidémicos—obligación de rendir cuentas – *accountability*—y la transparencia en la información –en los aspectos cuantitativos y cualitativos, por lo que respecta a su comprensión y a su relevancia.

- Promover la asunción de responsabilidades colectivas a la hora de establecer las prioridades de intervención sanitarias y fomentar la asunción de la responsabilidad personal sobre la propia salud, con el propósito principal de ganar autonomía y racionalizar la dependencia de los servicios sanitarios.

- Fomentar el consumo adecuado de los productos y de los servicios sanitarios, incluidas las intervenciones preventivas, con el propósito principal de reducir al máximo los efectos indeseables y con el objetivo secundario de contribuir a la mejora de la eficiencia en la utilización de los recursos compartidos.

---

*5 Este grupo es continuación del que durante unos años se ha dedicado específicamente al sida. Se trata de un conjunto de personas de diversas entidades ciudadanas que durante el curso desarrollan un conjunto de recomendaciones para hacerlas llegar al consistorio.

Estos propósitos – o los que finalmente se decida asumir—representan el punto de partida desde la salud pública, pero se han de acompañar con las investigaciones que permitan conocer la posición de nuestra comunidad sobre esto, las cuales convendría llevar a cabo de forma paralela con intervenciones determinadas de promoción de la participación, configurando un proceso dinámico que se fuera desarrollando y enriqueciendo mutuamente. De aquí que estos estudios sobre las actitudes y las preferencias comunitarias deberían de incluir valoraciones sobre las iniciativas en curso.

El diseño de una estrategia requiere, no sólo hacer explícitos los propósitos sino que también definir prioridades, formular objetivos y elaborar programas de intervención. Este proceso conviene concretarlo en unos ámbitos de actuación.

El ámbito principal es el de la comunidad que se puede alcanzar globalmente mediante la colaboración de los medios, pero conviene diseñar una estrategia progresiva que permita la retroalimentación, comenzando con programas limitados que puedan dar resultados y que sirvan para evaluar los procedimientos.

En el ámbito genérico de la comunidad tienen una especial relevancia las asociaciones relacionadas con la salud y el sistema sanitario; las escuelas (guardería, de enseñanza básica, de bachillerato y de formación profesional) y por lo que hace a la comunicación y a la difusión las de arte dramático (cine, televisión y teatro); informática y comunicación (periodismo y multimedia). Pero cabe contar también con instituciones en las cuales se concentran las personas, sea con motivos asociativos (deportes y ocio) o de otro tipo (mercados).

La Academia es otro de los ámbitos de interés para promover la participación y la comunicación. Tanto las instituciones relacionadas con las ciencias de la salud, por su eventual implicación en la formación de los profesionales en estos aspectos como por las iniciativas de innovación que puedan generar. En este ámbito se incluyen las escuelas y las facultades y también las sociedades profesionales y científicas.

Las corporaciones profesionales como los colegios oficiales de profesionales sanitarios y las organizaciones sociales (patronales y sindicatos) pueden tener un papel decisivo.

Finalmente, hay que tener en cuenta el papel de las diversas administraciones públicas, particularmente las del ámbito local, los municipios y sus asociaciones (Federación de Municipios de Cataluña y Asociación Catalana de Municipios), los consejos comarcales y las diputaciones. Sin olvidar los órganos de promoción de la participación del Departamento de Relaciones Institucionales o el Síndic de Greuges.

PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO A CORTO PLAZO. (HORIZONTE 2005-2007)

A fin de sustentar lo más racionalmente posible una política de participación ciudadana conviene mejorar el conocimiento de la situación actual, evaluar sistemáticamente las experiencias en curso y establecer las bases para el desarrollo de un plan que permita establecer las priori-

dades, formular los objetivos, explorar formas de intervención y diseñar los procedimientos de evaluación de estas intervenciones, a fin de facilitar su generalización.

Como actividades concretas se pueden plantear las siguientes:

- Establecimiento y mantenimiento de un registro de las experiencias de participación ciudadana en cuanto a la salud y el sistema sanitario en Cataluña. Este registro se podría elaborar o mantener desde la Dirección General de Salud Pública o desde el Instituto de Estudios de la Salud de forma compartida.

- Establecimiento y mantenimiento de un registro específico de las entidades y asociaciones que llevan a cabo actividades de participación, incluidos los grupos de ayuda mutua. Por parte de la DG de Salud Pública o del IES. Posible colaboración de la Fundación Josep Laporte.

- Creación de un forum de participación ciudadana en los ámbitos de la salud y la sanidad abierto a las entidades y asociaciones que favorezca el intercambio, promueva la reflexión sobre las iniciativas en curso y facilite la investigación evaluativa. Podría hacerse mediante la creación de una web específica.

- Promoción de programas de investigación evaluativa sobre la participación ciudadana en salud y sanidad en Cataluña. Con la colaboración del IES y de la AATM.

- Elaboración de un estudio sobre las expectativas de participación de las entidades y asociaciones incluidas en el forum.

- Elaboración de un estudio sobre las motivaciones de la participación ciudadana en los ámbitos de la salud y de la sanidad.

- Creación de una base de datos con las experiencias de participación ciudadana en sanidad más relevantes. Por parte de la DG de Salud Pública o del IES.

- Elaboración de un mapa de recursos —equipamientos y servicios— que incluya los sectores no sanitarios susceptibles de implicarse (educativos, sociales, culturales, etc.). De particular interés pueden ser las AMPA (FAPAC; FAPAES y FAPAEL) y las asociaciones de empresas, incluidas las dedicadas a la industria sanitaria, laboratorios farmacéuticos, equipamientos de saneamiento, etc. Por parte de la DG de Salud Pública o del IES. Posible colaboración de la Federación de Municipios de Cataluña, de la Asociación Catalana de Municipios y Comarcas y de la Dirección general de Participación Ciudadana del Departamento de Relaciones Institucionales de la Generalitat...

- Exploración de posibles alianzas entre los diversos sectores directamente implicados en la salud, como la industria alimentarla, la industria farmacéutica, pero también con otras más indirectamente relacionadas como el urbanismo, la vivienda o en general, las instituciones y las entidades interesadas en el medio ambiente y en la sostenibilidad.

- Creación de un programa de información y difusión sobre aspectos relacionados con la salud pública (en colaboración con los grupos de comunicación). Aprovechar las oportunidades que comporta cualquier situación de alerta sanitaria para desarrollar debates.

- Promoción de líneas de formación continuada de los profesionales sanitarios –tanto los dedicados a la salud pública como los dedicados a la asistencia, particularmente los de la atención primaria de salud— en los aspectos relacionados con la participación ciudadana. Por parte del IES.

- Desarrollar programas de formación para los estudiantes y profesionales sanitarios con el propósito de facilitar la participación comunitaria.

- Adecuación del desarrollo de la Agencia de Salud Pública en los aspectos relacionados con la participación ciudadana. Por parte de la DG de Salud Pública.

La puesta en marcha inminente de la Agencia de Protección de la Salud y la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona habrían de aprovecharse de manera que participasen en esta fase. Se podría considerar la conveniencia de crear una unidad administrativa a la Agencia de Protección de la Salud dedicada a la participación ciudadana, tal vez conjuntamente con los temas de comunicación, básicamente de los riesgos para la salud.

PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO A MEDIO PLAZO (HORIZONTE 2010)

El elemento principal fuera el desarrollo del Plan de promoción de la participación a partir de las experiencias llevadas a cabo en el período anterior, con los conocimientos alcanzados y con los compromisos establecidos. En esta fase se trataría de poner a prueba intervenciones concretas, entre las cuales, por ejemplo, las siguientes:

- Participación en el establecimiento de una serie limitada de prioridades de intervención en los ámbitos territoriales (área básica; sector; región): preferencias; expectativas; racionalización (importancia relativa de los problemas; existencia de intervenciones eficaces, etc.).

- Análisis y valoración de situaciones sanitarias reales: grupos de valoración popular en cada una de las regiones sanitarias y en algunas áreas básicas de salud escogidas para desarrollar proyectos piloto.

- Elaboración de proyectos de intervenciones de promoción de la salud que incluyan la asunción de responsabilidades sobre los resultados: incentivos al alcance de los objetivos.

- Promoción de la utilización adecuada de los servicios sanitarios, particularmente de aquellas actividades que tienen una finalidad preventiva, se proporcionen en el ámbito comunitario o de la asistencia; mediante programas de información y de educación y el establecimiento de incentivos tangibles para los usuarios y para las comunidades que alcancen una mejor utilización (demandas de urgencias hospitalarias justificadas; frecuencia adecuada de

los servicios de atención primaria; cumplimiento de las prescripciones; proporción de pacientes diabéticos; hipertensos; dislipèmicos bien controlados, etc.) .

Desarrollo de una política activa de estimulación de la participación, mediante actividades como las siguientes:

- Introducir incentivos para los resultados de los programas de salud comunitaria relacionados con los estilos de vida –actividad física, alimentación, seguridad viaria; etc. —en el ámbito de las regiones sanitarias, de manera que se puedan obtener complementos presupuestarios.

- Introducir la participación comunitaria en los proyectos de planes de salud elaborados por cada región sanitaria, con un incentivo específico para los mejores proyectos.

- Proporcionar incentivos para fomentar experiencias piloto de participación en el ámbito de las áreas básicas de salud donde haya equipos de atención primaria orientada a la comunidad. Estos incentivos pueden incluir la disponibilidad de recursos humanos y materiales y la contribución a la financiación.

- Introducir incentivos para los resultados de los programas de salud comunitaria relacionados con los estilos de vida –actividad física, alimentación, seguridad viaria, etc. —en el ámbito de las regiones sanitarias de manera que se puedan obtener complementos presupuestarios. Introducir la participación comunitaria en los proyectos de planes de salud elaborados por cada región sanitaria, con un incentivo específico para los mejores proyectos.

- Proporcionar incentivos para fomentar experiencias piloto de participación en el ámbito de las áreas básicas de salud donde haya equipos de atención primaria orientada a la comunidad. Estos incentivos poden incluir la disponibilidad de recursos humanos y materiales y la contribución a la financiación.

- Convocar un premio anual para el mejor proyecto de participación comunitaria diseñado por los estudiantes de cualquiera de los estudios de ciencias de la salud (enfermería; podología; dietética; trabajo social; psicología; medicina; farmacia; veterinaria; etc.)

- Investigaciones sobre las actitudes de la población en relación con la participación.

- Convocar un premio anual para el mejor proyecto de participación comunitaria presentado conjuntamente por entidades ciudadanas, equipos de atención primaria y servicios periféricos de salud pública. Con un jurado con participación popular propuesta desde las entidades ciudadanas.

RECOMENDACIONES

- Contribuir al desarrollo operativo del derecho a la participación ciudadana reconocido en la normativa legal que afecta el sistema sanitario de forma general (ley general de sanidad y Ley de ordenación sanitaria de Cataluña) y a la salud pública de manera específica (Ley de

creación de la Agencia de Protección de la Salud) a la actual Agencia de Salud Pública de Barcelona y a la futura Agencia de Salud Pública de Cataluña, mediante iniciativas concretas.

- Fomentar la transformación del sistema sanitario, tanto de los servicios de atención personal como de los comunitarios, de manera que la participación ciudadana tenga cabida real, más allá de las formulaciones retóricas.

- Fomentar la investigación que tenga como objeto la participación, de manera que puedan evaluarse sus beneficios potenciales y si es el caso, devengan estímulos tangibles que amplíen la participación.

- Fomentar la investigación participativa en salud, dirigida básicamente a los problemas de salud percibidos por la comunidad y contando con la participación de grupos y entidades de la población en todas las fases, como un procedimiento para implicar a los ciudadanos en el desarrollo de programas y de intervenciones de promoción y de protección de la salud.

- Favorecer, con la dotación de recursos específicos, grupos de trabajo con la finalidad de mejorar los conocimientos y de proponer intervenciones específicas.

REFERENCIAS

1. Borja J, Belil M. Ciutadans i participació. Participació ciutadana. 2on Comgrés de Municipis de Catalunya. Barcelona: Federació de Municipis de Catalunya i Associació Catalana de Municipis i Comarques. 2001.

2. Font J (coordinador) Ciudadanos y decisiones públicas. Barcelona: Ariel, 2001.

3. Brugué Q, Gomà R. (coord.) Gobiernos locales y políticas públicas. Bienestar social, promoción económica y territorio. Barcelona: Ariel, 1998.

4. Diputació de Barcelona. Centre per a la participació ciudadana. Colección Papeles de Participación Ciudadana. Barcelona: Flor de Maig. 14 números (Accedit per internet el 8 de desembre de 2004) www.diba.es/flordemaig/oafm/cpc/publicacions_papers.htm

5. Pindado F. La participación ciudadana en la vida de las ciudades. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1999.

6. Marínez Barceló J. Del moviment ciutadà i de la democràcia local. Moviments socials i democràcia local. Revista Catalana de Sociología 1998; 7: 29-72.+
7. Sánchez J. (coordinador) Participació ciudadana i govern local: els consells ciutadans. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2000.

8. Subirats J (coordinador) Experiències de participació ciudadana en els municipis catalans. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya, 2001.

9. Johnson S. Sistemas emergentes. Madrid: Turner, 2003.

10. De Landa M. A thousand years of nonlinnear history. New York: Zone Books Serve Editions, 1997: 85-6.

11. Mumford L. The city in History. New York: Harcourt Brace, 1961:310.

12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC.. National Academy Press, 1999.

13. Segura A. El papel de la medicina y de la salud pública. En Foro para la viabilidad del sistema nacional de salud (www.ccoo.es)

14. Illich I. Némesis médica. Barcelona: Seix Barral, 1976.

15. Benach J, Alonso J. El plan de salud del estado de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. Gac Sanitaria 1995; 9: 117-25.

16. Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, Pereira AP, Diniz A, Leite I y Kruze I. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el Nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(5): 585-594.

17. Vázquez ML, Siqueira E., Kruze I., Diniz, A. y Veras I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria 2002;16(1): 30-38.

18. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Varela A. strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institucional change and social representation. Health Policy and Planning 2001;16(2):52-60.

19. McIver S. Healthy debate? An independent evaluation of citizens' juries in health settings. London: King's Fund 1998.

20. Chasis DM, Stucky PR, Wadersman A. Returning basic research to the community. A relationship between scientist and citizen. American Psychologist 1983; 38: 424-34.

21. Israel BA, Schutz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community based research: Assessing partnership approaches to improve public health. Annual Review of Public Health 19998; 19: 173-202.

22. Segura A. El projecte AUPA Barceloneta. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Monografía nº 12, 2004.

23. Minkler M, Wallerstein N (editors) Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco: John Wiley and Sons, 2003.

24. Ahmed AM, Beck B, Marrana ChA, Newton G. Overcoming barriers to effective community-based participatory research in US Medical Schools. Education for Health 2004; 17: 141-51.

25. Jovell A. Fundació Biblioteca Josep Laporte. Comunicació personal.

26. Thompson AGH, Espulga J, Alonso M. Participació ciutadana en la provisió de serveis de salut. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1999. Conèixer nº 2.

27. Ania O, Brugulat P. Els ciutadans i les professions sanitàries. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Monografies nº 9, 2003.

28. Consorci Sanitari de Barcelona. Informe sobre els espais de participació en atenció primària de salut a l'Eixample. Mimeografiat. Barcelona, maig de 2004.

29. Daufí C. Comunicació en les segones jornades d'atenció primària orientada a la comunitat. Barcelona: IES, novembre de 2004.

30. Ajuntament de Barcelona. 1ª jornada departicipació en Salut Pública. Barcelona ciutat saludable. "4 de maig de 2004.

COMUNICACIÓN

Gemma Revuelta

ASPECTOS GENERALES

Definiciones

La primera acepción de **comunicar** que recoge el diccionario del IEC es *"hacer que otro participe (de aquello que poseemos)"*. Lo mismo se repite en el diccionario de la RAE, que define también comunicar como *"hacer a otro partícipe de lo que uno tiene"*. Estas dos definiciones poseen claramente en evidencia que hay un terreno compartido entre comunicación y participación, aspecto que no siempre es tenido en cuenta y que marca la diferencia sustancial entre comunicación (incluye una necesidad de relación y participación) e información (acción que puede ser perfectamente unidireccional).

La difusión de los medios de comunicación de masas y la expansión de las llamadas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han añadido, aún más ambigüedad al significado de las palabras información y comunicación; la una aparece irremediablemente asociada al mundo digital, mientras que la otra parece no abandonar la mano de los *media* o de las nuevas formas de "telecomunicación". De aquí la necesidad de precisar que, aunque a efectos prácticos en este documento hablaremos de comunicación en el sentido convencional de transmitir y compartir informaciones, se tendrá siempre presente que esta acción se integra en un marco de participación y de relación (entre personas, colectivos, entidades, etc.). Así pues, en el ámbito específico de la salud pública, se considera la comunicación como la acción de transmitir y compartir informaciones que ayuden a la participación, en el sentido de contribuir a la construcción de la salud de la población.

Si bien la comunicación se establece a través de múltiples canales, los mass media (televisión, prensa, radio e Internet) ocupa, sin duda, un papel central en la sociedad actual como principal vía mediante la cual la ciudadanía accede a la información sobre salud: avances, recomendaciones, noticias, etc.

La comunicación de masas es normalmente unidireccional: desde unos emisores hacia unos receptores. La comunicación en el sentido contrario se limita a escasos espacios abiertos a la participación del público, tales como las cartas al director en el caso de la prensa; la entrada de llamadas y de mensajes SMS en televisión y radio; la participación de público en magazines o en *reality shows*, etc. Se podría decir que hay, además, una vía de comunicación indirecta entre el público y los medios que consiste en las variaciones de los hábitos de consumo de los media por parte de la población (cifras de audiencia y scoore, para televisión y radio; difusión y tirada, para prensa diaria y revistas; estudios de mercado, etc.). Aquí nos interesa sobre todo la naturaleza del emisor (un servicio público o una empresa farmacéutica tienen intereses bien diferentes) y el efecto en el receptor que puede ser pasivo o activo –si le permiten- en sentido de retornar el mensaje en forma de acción ciudadana.

Internet, por su parte, supone un medio con unas características bastante diferentes. En primer lugar, muchos sitios web permiten una auténtica comunicación bidireccional (y multidireccional). Además Internet, como medio de comunicación, abre la posibilidad a cualquier voz, ya sea minoritaria o mayoritaria, individual o colectiva, fidedigna o poco fiable, etc.

Estas particularidades de los medios de comunicación de masa y de su papel en la transmisión de la información de salud son en buena parte responsables de la percepción de la sociedad sobre determinadas cuestiones relacionadas con la salud de la población. Cabe decir, que las influencias de los media en los comportamientos sociales e individuales en el terreno de la salud son complejas y no hemos de esperar que la simple difusión de un mensaje o una información tenga como consecuencia directa un cambio de comportamiento. Tal como ha mostrado repetidamente el estudio de la psicología social, las opiniones, las actitudes y los comportamientos tienen a ver con el conocimiento objetivo, pero también con las experiencias propias, los sistemas de valores, la percepción de lo que opina la mayoría, el miedo de las sanciones y con muchos otros factores, muchos de estos más ligados al campo de las emociones que al de los conocimientos [1]. Es por eso que cualquier estrategia dirigida a mejorar la comunicación en salud ha de prever no sólo los contenidos explícitos de la información, sino también las otras variables que condicionan los comportamientos.

Pero, además de los *mass media*, la comunicación en salud pública se produce en muchos otros ámbitos. La comunicación que se establece entre las personas profesionales de la sanidad y la ciudadanía, usuaria del sistema socio sanitario, ya sea en las consultas, en los centros hospitalarios o en cualquier otra dependencia sociosanitaria es uno de estos ámbitos. También hay una comunicación directa entre las administraciones sanitarias y un conjunto de entidades que concentran determinados grupos de la población (escuelas, bibliotecas, asociaciones de vecinos, asociaciones de pacientes, grandes empresas, etc.).

De hecho, si se quisiera hacer un planteamiento exhaustivo de los diferentes ámbitos en los que tiene lugar la comunicación en salud pública, se debería reconocer que éstos son tantos como entornos de relación humana. Por tanto, se establece comunicación en las relaciones familiares, en la comunicación entre amigos, entre un escritor o escritora y sus lectores y lectoras, etc. Todas estas relaciones comportan una transmisión e intercambio de informaciones y opiniones que contribuyen, juntamente con las generadas por los medios de comunicación, a las establecidas alrededor del sistema sociosanitario y con muchos otros elementos (tales como las propias experiencias y sistemas de valores), a la creación, mantenimiento o modificación pública de opiniones, actitudes, comportamientos, etc.

Asimismo, en el presente documento no se pretende abordar todos los ámbitos de la comunicación, sino únicamente aquellos en los que sea factible diseñar un planteamiento que se dirija a mejorar la salud de la población, partiendo originalmente de la administración y definiendo para ello unos objetivos a medio y largo plazo, unas prioridades y una determinada estrategia de actuación.

En este contexto, a partir de ahora se centrará la atención principalmente en tres tipos de relaciones de comunicación, que se establecen respectivamente:

- entre los diferentes servicios de salud pública;

- entre los servicios de salud pública y la comunidad de forma directa (en conjunto o con los diversos grupos y colectivos que la componen);

- entre los servicios de salud pública y los medios de comunicación de masa (como agentes intermediadores de la comunicación con la comunidad).

Obstáculos y problemas a la comunicación

La cuestión general de la manipulación ejercida por los grupos de poder es uno de los grandes caballos de batalla de la comunicación, probablemente porque el objeto central de ésta –es decir, la información, es un elemento relativamente sencillo de ser manipulado: hiperbolado, sesgado, ocultado o directamente inventado.

Además, la comunicación comparte con la participación algunos obstáculos específicos: la complejidad técnica de los problemas de salud y la de los sistemas y organizaciones sanitarias (a la que añadiríamos aquí la propia de la terminología médica), la angustia asociada al sufrimiento y a la muerte, la vulnerabilidad de los que sufren determinadas enfermedades o tienen más riesgo de sufrirlas, etc.

Los cambios en las relaciones de poder

Un grupo de factores que se ha de considerar particularmente son los que definen las nuevas formas de relación social en el ámbito de la salud. En este caso, no seria correcto hablar de obstáculos (especialmente por la connotación negativa de esta palabra), sino más bien de nuevas variables que, a la vez que plantean oportunidades, pueden también crear situaciones de confusión y de falta de confianza, si no se han abordado con todas sus posibilidades. En este grupo de factores, hay que considerar específicamente los siguientes: el cambio de la relación de poder entre profesionales y personas usuarias del sistema sanitario, la difusión de las medicinas alternativas y la expansión de grupos de presión social en el campo de la salud.

La desaparición progresiva de la tradicional relación paternalista permite una mayor participación del individuo en las decisiones que afectan a su salud, pero también le da opción de poner en duda los conocimientos y los intereses del médico en sus recomendaciones. Por eso, el cambio en la relación de poder significa también la necesidad de transmitir fiabilidad, eficacia, eficiencia, empatía, entre otras.

A la cuestión anterior se añade en las últimas décadas la proliferación de la medicina alternativa, muchas con un exquisito cuidado de la relación personal y de la comunicación paciente-profesional, acompañada de una crítica más o menos explícita de la medicina convencional.

Para acabar, se ha de tener en cuenta que la comunicación actual se establece en un marco en el cual aumenta el control social. El que hasta ahora era 'intocable' puede pasar por más con-

troles y así la ciudadanía puede ejercer un papel limitador de abusos perpetrados por parte de personas profesionales y del mismo sistema sanitario. Por ejemplo, las organizaciones de personas consumidoras tienen un importante impacto en la planificación sanitaria o en la prestación de servicios en lugares, como Australia, donde también se utilizan las herramientas de la evidencia científica (Cochrane Health Consumers – Australia). Pero este mismo control social puede generar dudas y desconfianzas hacia los profesionales de la sanidad y/o sus prácticas y recomendaciones (investigación con animales de experimentación, programas de vacunación, etc...).

El papel central de los *mass media* en la comunicación hacia a la sociedad.

De entre todos los obstáculos que ha de afrontar la comunicación en salud pública, probablemente el principal es la fuerte dependencia de los servicios de salud en el papel que tienen los periodistas y el conjunto de profesionales de los medios de comunicación (fotógrafos, publicistas, columnistas, editores, etc.), ya que son ellos los que transmiten finalmente los mensajes relacionados con la salud hacia la sociedad en general.

Atendiendo a que los objetivos de los profesionales del sistema sanitario y de los medios de comunicación no siempre van en la misma línea, a menudo se crean situaciones de controversia que generan, finalmente, reticencias y recelos en sus relaciones. De otro lado, como que en pocos casos nuestros medios disponen de secciones específicas de salud o de periodistas especializados en este ámbito, la información relativa a la salud se sitúa entre el resto de noticias 'de actualidad' o en las páginas de 'sociedad', y eso implica que ha de competir con un conjunto de ámbitos temáticos de naturaleza diferente, como la política, los sucesos, la economía o los deportes. La competencia por el espacio (físico, en el caso de la prensa, o temporal, en el de la radio y la televisión) genera que diariamente se tenga que escoger entre todas las posibles 'noticias'. Y los mismos argumentos que se aplican para saber la 'noticiabilidad' de cualquier acontecimiento de la actualidad (desde un huracán hasta la boda del príncipe) son aplicados también para decidir si una información sobre salud es o no 'noticia' [2]. Es evidente que esta situación propicia una tendencia al sensacionalismo y a presentar una imagen de extremos: desde la alarma hasta las falsas expectativas.

Es decir, a pesar de que la población cada vez está más informada, la cuestión es si toda esta información de la que dispone (en gran parte mediante Internet) es veraz. *La información disponible no siempre es exacta, objetiva o imparcial, y a menudo los profesionales sanitarios han de recordar a los pacientes la poca fiabilidad de algunas fuentes de información* [3].

Así pues, uno de los grandes retos es conseguir que los profesionales de la comunicación tomen consciencia de los efectos que tiene su trabajo en la salud de la población y participen de forma activa en la educación para la salud, en el sentido de promover en la población general conocimientos, hábitos y actitudes que inciden positivamente en la promoción de la salud, tanto individual como colectiva. Tal y como se dice en el documento sobre *"La información sanitaria y los medios de comunicación": El ciudadano está más informado y adquiere conciencia de sus derechos y deberes. La cantidad de información es hoy inalcanzable.* El reto de los profesionales es el de ofrecer información sanitaria de alta calidad Pero este reto no es sólo de los media: para ofrecer información sanitaria de alta calidad hace falta que el sistema sanitario la genere y que lo haga con un lenguaje asequible.

Internet como 'desintermediador'

Podría pensarse que Internet, gracias a su papel 'desintermediador' –es decir, que permita que la comunicación se haga directamente entre dos personas o entidades sin la intermediación de los *mass media* – podría ayudar a solucionar el problema de dependencia respecto de los media. No obstante, para que esta comunicación directa sea realmente efectiva, hace falta hacer un fuerte esfuerzo para adecuar los recursos electrónicos disponibles (páginas web, portales, listas de discusión, chats, forums, servicios electrónicos, etc.) a las necesidades de comunicación reales de la población. En este sentido, hay que reflexionar sobre la siguiente observación, puesta en evidencia en la población de Estados Unidos [4] al estudio Science and Engineering Indicators, de la National Science Foundation, correspondiente al año 2001: existe ya una dualidad entre el acceso 'pasivo' a la información general sobre ciencia (los medios publican la noticia y el individuo la recibe sin hacer un esfuerzo específico) y la búsqueda activa de información en profundidad sobre un tema específico (el individuo que quiere conocer más acude a Internet). Este nuevo contexto es especialmente importante si consideramos que el uso de la televisión y la radio están cayendo a medida que va aumentando el uso de Internet [5].

Se ha de considerar que, mientras el acceso a los medios convencionales es potencialmente universal en nuestro entorno, el acceso a Internet aún no llega a toda la población. Actualmente, una de las poblaciones que ha quedado más marginada en este uso es el sector de las personas de más edad, las cuales, hasta disponiendo de un ordenador en su propia casa, tienen dificultades reales a la hora de utilizar esta tecnología. Entre otros problemas, porque en esta franja de edad el esfuerzo que exige aprender a escribir sobre un teclado es difícil de compensar, al menos a corto plazo. Es decir, que hasta mejorando los recursos, los contenidos y la accesibilidad a las TIC, es inevitable que un cierto sector de la población no se pueda beneficiar nunca.

Se han de identificar, por tanto, cuáles son los sectores que pueden beneficiarse de un desarrollo específico de la comunicación en salud a través de las TIC (probablemente, la mayoría de la población) y cuáles son los que es altamente improbable que saquen provecho a fin de diseñar estrategias y específicas para cada uno de los casos.

Comunicación de riesgo y comunicación en situación de crisis

Haría falta también detenerse en dos aspectos específicos de la comunicación que se asocian a problemas particulares: la comunicación del riesgo y la comunicación en situación de crisis. El primero de ellos comporta la necesidad de considerar que la percepción del riesgo no sólo depende de la información, sino que intervienen muchos otros factores (la percepción de control de la situación, la familiaridad con el problema, etc.). Es necesario, por tanto, que toda información sobre riesgos para la salud garantice el máximo rigor, transparencia y sea fácil de entender.

En la actualidad hay diferentes grupos que trabajan precisamente para ayudar a comunicar el riesgo en salud. En este sentido, cabe destacar un número prácticamente monográfico sobre

comunicación y percepción de riesgo en salud, publicado por la revista *British Medical Journal* (27 septiembre de 2003) [6] en el cual se analizan diferentes situaciones en comunicación de riesgo y se dan recomendaciones (terminológicas, graficas, etc.).

Los mismos principios se deberían aplicar también para la comunicación en situación de crisis, añadiendo en este caso la necesidad básica de establecer previamente relaciones de confianza entre la administración sanitaria y los medios de comunicación, así como una previsión y planificación adecuadas de las posibles situaciones que pueden generar una crisis en salud pública.

Comunicación y tratamiento injusto de determinados colectivos

Para acabar, hay que incidir en otro problema de la comunicación en general que puede llegar a ser muy grave en el caso de la salud y que consiste en un tratamiento injusto de determinados colectivos. Este problema determina en algunos casos un tratamiento poco respetuoso o indigno de personas y grupos sociales o bien puede consistir en la ausencia de información sobre problemas que afecten determinados sectores de la población, pero que no tienen la visibilidad de alguno otros. En este sentido, resulta de particular importancia la poca visibilidad que tienen a los medios de comunicación los problemas de salud de las mujeres y la reproducción de determinados estereotipos tanto en los elementos verbales como en los visuales (fotografías, imágenes) que fomenten comportamientos sexistas entre la población.

Los problemas planteados en los puntos precedentes pueden apreciarse tanto en los media como en el resto de canales de comunicación. Haría falta, por tanto, analizar con más detalle el material de difusión (folletos, carteles, anuncios, etc.). ¿Qué abarca? ¿Cuál es la relación coste efectividad? ¿Qué servicio dan? ¿Cuáles son las posibles diferencias y contradicciones que pueden transmitir en sus mensajes? Además, haría falta también estudiar en profundidad cómo se abordan los problemas planteados a nivel de las relaciones interpersonales, entre el personal sanitario y las personas usuarias, así como la necesidad de formación en este sentido.

POSIBILIDADES

Los tres ámbitos de comunicación en los cuales se centra este documento (comunicación entre los diferentes servicios de salud, comunicación directa con el público y comunicación mediada por los medios) presentan sus propias particularidades con vista a las oportunidades y retos de futuro.

Comunicación entre los diferentes servicios de salud pública

El sistema de salud de Cataluña ha experimentado transformaciones radicales en los últimos años. A la ampliación de de competencias se han de añadir los cambios en la organización de los sistemas sanitarios, el desarrollo tecnológico y los mismos cambios de la población resi-

dente. Por último, se han de tener en cuenta también las relaciones de dependencia que han existido con los poderes políticos gobernantes en las diferentes áreas geográficas y territoriales en los diferentes momentos del pasado, con el cambio que ha de representar el actual panorama político.

Como resultado de todas estas circunstancias, nos encontramos que la comunicación entre las diferentes dependencias y entidades del sistema de salud catalán no es ágil ni transparente, al menos no tanto como habría que esperar para asegurar una auténtica efectividad.

La falta o deficiencia en la comunicación entre los diferentes servicios comporta entre otras consecuencias las siguientes:

- **Resta efectividad** a las políticas de prevención y promoción de la salud (al no llegar las directrices al conjunto de posibles agentes de comunicación);

- **Dificulta la coordinación y cooperación** entre los diferentes servicios, deficiencia especialmente evidente en situaciones de crisis;

- **Comporta un aumento de la gasto** (al tenerse que repetir estudios y acciones de comunicación en dependencias diferentes a causa del desconocimiento de estas);

- **Genera desconfianza por parte de la población** (la cual recibe mensajes contradictorios);

- **Provoca recelo y malestar entre los mismos profesionales**.

Una buena comunicación interna es imprescindible para poder comunicar al exterior. Pero, de hecho, hay que aclarar también que no se trata de un problema aislado, ya que la comunicación interna no es más que el espejo de la organización. Haría falta, por tanto, un estudio a fondo del sistema actual catalán en relación con la comunicación (agentes, redes recursos...), así como un análisis de los sistemas de comunicación interna desarrollados en otros entornos: estructura, alcance, requisitos técnicos y humanos, resultados, etc...

En este sentido, una iniciativa a explorar es la llamada *National Public Health Information Coalition* (NPHIC) [7]. Esta organización nació precisamente para resolver los problemas de comunicación existentes entre los agentes de comunicación en salud pública de los diferentes departamentos de salud de los Estados Unidos. El funcionamiento de la NPHIC es el de una coalición, con una estructura básica financiada por los CDC, que utiliza diferentes herramientas para asegurar una comunicación rápida y un sistema de cooperación mutuo.

Entre otras actividades, la NPHIC realiza las siguientes: distribución electrónica de informaciones breves e inmediatas sobre acciones relevantes de comunicación en salud pública (comunicados de prensa, recomendaciones, alertes, etc...); distribución electrónica de otros mensajes, especialmente de agentes de comunicación que tienen acceso al resto material elaborado por diferentes acciones de comunicación (posters, folletos, recursos electrónicos, etc...), boletín periódico para informaciones en más profundidad (descripción y análisis de experiencias en los

diferentes estados, etc...); premios a las buenas practicas de comunicación en salud pública; conferencia anual donde se reúnen los miembros (aproximadamente un centenar) procedentes de los departamentos de salud de todos los estados.

Obviamente, las TIC –para su capacidad de romper las barreras del espacio y del tiempo – han de tener un papel central en cualquier diseño que se pueda plantear en relación con la comunicación dentro del sistema de salud.

Comunicación directa entre los servicios de salud pública y la comunidad

Hasta ahora, esta comunicación ha tenido lugar mayoritariamente en las mismas dependencias del sistema sociosanitario (centros de asistencia, hospitales, residencias, etc.) y, en menor grado, en otros lugares representativos de los diferentes grupos constituyentes de la comunidad (escuelas, empresas, asociaciones de enfermos, etc.). En buena parte de los casos, es la misma administración sanitaria la que toma la iniciativa de comunicarse con la comunidad a fin de conseguir que ésta participe adhiriéndose a una determinada política de salud pública o que conozca determinada información. En algunos casos, es la comunidad (o un grupo determinado de esta) la que solicita comunicarse con la Administración a fin de solucionar un problema o para pedir explicaciones sobre algún hecho.

Se debería también aquí profundizar en el estudio de lo que se hace y de lo que se ha hecho, tanto en Cataluña como en otros lugares. No obstante, esta necesidad de revisión formal, una visión superficial pone de manifiesto los siguientes problemas:

- **Dispersión**. Las acciones de comunicación directa con la comunidad acostumbran a plantearse ante situaciones puntuales (por ejemplo, ante una crisis) o bien como parte de un programa sectorial (por ejemplo, como parte de una campaña para prevenir el inicio al consumo de alcohol entre adolescentes), pero parece que no tienen una estrategia global.

- **Falta de coordinación** de los contenidos relacionados con la salud y la su difusión en la población (escuelas, esplais, ayuntamientos, etc…) salvando algunas iniciativas concretas.

- **Falta de evaluación**. Aunque en la actualidad, y a pesar de la infinidad de críticas que ha recibido este tipo de comportamiento, muchas acciones de comunicación con la comunidad no son evaluables en cuanto al cumplimiento de sus objetivos. Esta falta a la vez es responsable de la falta de literatura científica sobre la cual retroalimentarse y basar futuras actuaciones.

- **Discontinuidad**: muchas de las acciones programadas en el ámbito de la salud dejan de tener continuidad al cambiar los responsables políticos que las iniciaron. Lo mismo pasa cuando se agotan los recursos, en el caso que, a pesar que el planteamiento de la acción fuera a largo plazo, éstos sólo se hubieran adjudicado por un proyecto o por un tiempo determinado.

Sería, por tanto, recomendable, que a la hora de identificar buenas prácticas en comunicación directa con la comunidad se considerasen particularmente como se han abordado las deficiencias anteriores.

Comunicación mediada por los medios de comunicación

Según diversas encuestas, la información sobre salud es uno de los temas que más interesan a la población general [8]. Sea a consecuencia de la constatación de este interés o por otros muchos posibles factores, las informaciones sobre salud están cada vez más presentes en los medios de comunicación.

Sin duda, la televisión es el medio mayoritario en nuestro entorno. Pero la complejidad que hasta ahora ha planteado disponer del material para su estudio ha dado lugar a que la literatura científica que revisa las relaciones entre la televisión y la salud sea realmente escasa. (De hecho, este es un problema general del estudio de la televisión, no sólo en el campo de la salud). Martínez Segura [9], en un capítulo del Informe Sespas 2002 dedicado a este tema concluía que orientar los esfuerzos divulgativos, de educación y prevención hacia el medio televisivo significa adaptarse a los requerimientos del medio (imagen, movimiento, debate, mensajes simples y redundancia).

Pero la prensa tiene también un importante papel. Especialmente para poder actuar sobre los líderes de opinión y los sectores decisivos. EN España, por ejemplo, el número de textos sobre salud y medicina publicados en los cinco diarios de más difusión se duplicaron entre 1997 y 2000 y, desde entonces, se ha mantenido en el mismo nivel, según se ha observado en el Informe Quiral [10]. Este informe, que analiza la cobertura periodística de los temas de salud en el territorio del estado español, así como un estudio posterior [11] que toma como referencia los datos del mismo informe, muestran que la información se concentra sobre todo en un grupo reducido de cuestiones. Así, la revisión del período 1997-2001 ponía de manifiesto que un grupo de 20 temas acumulaban más del 50% de la información publicada en materia de salud en los cinco diarios analizados (El País, ABC, El Mundo, La Vanguardia y El Periódico). En concreto, los temas que habían recibido una mayor atención por parte de la prensa fueron, respectivamente: la EEB (informaciones relacionadas con la salud humana), el sida, el cáncer, los fármacos (excluyendo algunos que van generan por sí mismos gran cantidad de textos como la aspirina o la viagra), el tabaco, etc.

Es evidente que esta relación de cuestiones (enfermedades, ámbitos de investigación, etc.) es heterogénea y no guarda relación directa con la magnitud real entre la población. Pero de otro lado, también es evidente que entre este grupo de cuestiones predominan muchas de las que tradicionalmente han constituido el foco de las acciones en salud pública (enfermedades transmisibles, adicción a drogas, enfermedades cardiovasculares, etc...). Por la su parte, el análisis de las fuentes de información mostraba una distribución fija según la cual predominaban las fuentes políticas en las noticias de actualidad, mientras que la referencia a fuentes del ámbito asistencial o de investigación era más frecuente en los temas con más trabajo de fondo. El recurso a unas u otras fuentes era también diferente según se tratase de las páginas de sociedad o bien de una sección especializada en salud o en ciencia.

Si bien se habrá de efectuar una revisión con más profundidad de la literatura, la lectura de estas observaciones pone ya de manifiesto los puntos críticos que definen el papel de los medios:

- Su papel en la **difusión masiva** (aún más, en el caso de la televisión) de informaciones en el ámbito de la salud.

- El **interés** que despierta la **información relacionada con la salud** como tema de actualidad por parte del público.

- La **concentración de la información en determinados temas**, muchos de ellos del ámbito de la salud pública.

- La **multiplicidad de fuentes de información** en materia de salud (con los intereses propios de cada una) y el uso que hacen los periodistas según sea su especialidad, el medio donde trabajan o el tema en cuestión

- Los **problemas de comprensión** por parte del público general de una jerga demasiado técnica, muy a menudo acompañada de informaciones sesgadas y que puede causar confusiones. De hecho, en los últimos tiempos, además de hablarse de la necesidad de mejorar los contenidos de los media, se enfatiza sobretodo en la **educación para una auténtica '*media literacy*'**, analfabetismo mediático o capacidad de la población por efectuar una lectura crítica de los medios [12].

A pesar del extraordinario papel que potencialmente podrían tener los media en la difusión de informaciones y opiniones que ayuden a mejorar la salud de la población, muchas veces la forma de cubrir determinadas informaciones (el contenido explícito y el mensaje implícito, las fuentes de información utilizadas, los recursos gráficos, las interpretaciones de la información, etc.) pueden tener un efecto totalmente contrario. De hecho, la literatura está llena de referentes sobre las transgresiones y los sesgos de los *media* de la información sobre salud.

Por otro lado, no es factible aún pensar en una estrategia global de comunicación en salud pública que no prevea en un momento u otro, con la participación de los medios de comunicación (la denominada *media advocacy* es, de hecho, una de las grandes estrategias en promoción de la salud, con resultados que comienzan a tener una larga trayectoria [13]). Pero confiar en la complicidad espontánea por parte de los medios no ha demostrado ser una buena política.

Es necesario, por tanto, una estrategia específica destinada a mejorar el entendimiento entre el sistema de salud y los medios. Estrategia que ha de tener, como mínimo, los siguientes focos de atención:

- Fomentar el conocimiento mutuo de los profesionales de la salud y los de la comunicación a fin de que cada uno de ellos conozca las necesidades del otro y favorecer así el trabajo en cooperación.
- Promover una lectura crítica de los medios entre la sociedad, a la vez que se ha de proveer a la misma de otros sistemas para adquirir esta información que no sea sólo los propor-

cionados por los media. Aquí Internet puede tener un papel muy importante (por ejemplo, como sistema para contrastar directamente con la fuente determinada información que ha recibido el ciudadano a través de los medios).

- Establecer sistemas que permitan detectar situaciones susceptibles de mejora: difusión de informaciones erróneas o sesgadas, tratamiento injusto de determinados colectivos, presencia de otras fuentes de información que distorsionen los mensajes en relación a la salud.

- Incentivar la formación regulada tanto a profesionales sanitarios en comunicación como a profesionales de la comunicación en temas médicos o científicos.

ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA. CONSIDERACIONES

Muchos de los propósitos sustantivos generales identificados para la participación son igualmente aplicables a la hora de plantearse una estrategia de comunicación (especialmente por lo que respecta a fomentar la autonomía de la ciudadanía y a la transparencia y credibilidad de los servicios de salud pública).

Por otro lado, y recogiendo también algunos que se han identificado a lo largo de este documento, otros propósitos de partida deberían ser los siguientes:

- Considerar la comunicación como **parte integral de cualquier acción** destinada a mejorar la salud de la población y, como tal, considerarla como proceso que se ha de estudiar, planificar, aplicar y evaluar de la mejor forma posible y no dejarlo a la improvisación

- Fomentar la comunicación y la cooperación en materia de comunicación **entre todos los servicios** de salud pública.

- **Desligar al máximo la comunicación de los poderes políticos**, implicando en un mayor grado los expertos y técnicos en salud pública y fomentando la transparencia en todas las fases de la comunicación.

- Desarrollar **sistemas efectivos de comunicación directa** ('virtuales' y 'presenciales') entre los servicios de salud pública y la comunidad, aplicando siempre que sea posible, modelos que hayan mostrado esta efectividad.

- Garantizar el desarrollo de sistemas específicos de comunicación para aquellos sectores de la población que tienen más difícil sacar provecho de las TIC (especialmente, la gente mayor).

- Garantizar el desarrollo de sistemas específicos de comunicación directa para aquellos sectores de la población que se apartan de los lugares convencionales donde se establecen este tipo de acciones, como pueden ser escuelas y centros sanitarios (por ejemplo, la población joven que ya está desligada de los centros de enseñanza y que raramente acude a centros sanitarios).

- Favorecer la formación y la adquisición de habilidades comunicativas por parte de los profesionales de la salud pública, tanto por lo que hace a las relaciones con la comunidad, como en las relaciones con los medios.

- Favorecer la formación y la adquisición de conocimientos básicos sobre salud pública por parte de los profesionales de la comunicación y fomentar una mayor implicación en la mejora de la salud de la población (aspecto especialmente necesario por parte de los medios de titularidad pública), así como en la educación para la salud.

- Fomentar la comunicación y la cooperación entre los profesionales de la salud pública y periodistas.

- Promover entre la población una **lectura crítica de los medios** (*media literacy)* y una mayor capacidad de autonomía en la búsqueda activa de información útil a través de Internet y de otros canales

RECOMENDACIONES

A parte de las recomendaciones comunes con el ámbito de la participación (como las que hacen referencia a la creación de un forum de debates, de un sitio web específico o de un programa de información y difusión), las recomendaciones específicas con vistas a la elaboración de una estrategia de comunicación podrían ser, de partida, las siguientes:

Análisis e identificación de buenas prácticas:

- Identificación de los **agentes** responsables de la comunicación en cada uno de los servicios de salud pública; identificación y análisis de las **redes** actuales de comunicación establecidas entre éstos; creación de una plataforma global de funcionamiento (ya sea en forma de red o de coalición) y desarrollo de **recursos** (utilizando preferentemente TIC) a fin de garantizar una efectiva comunicación y cooperación entre todos los agentes.

- Análisis del grado de **conocimiento y confianza públicos** respecto a los servicios de salud pública. Identificación de puntos críticos. Identificación de otras fuentes de información que puedan tener un efecto perturbador en los mensajes relacionados con la salud.

- Identificación, análisis y valoración de las actuales **relaciones** de comunicación establecidas **con diferentes grupos** de la población. Establecimiento de objetivos, fases y prioridades, en la comunicación directa con la comunidad.

- Identificación de experiencias y estudios de buenas prácticas alrededor del mundo en la **creación de recursos electrónicos de comunicación** en salud pública que fomenten la autonomía en la búsqueda de la información y en la toma de decisiones, así como en la participación a fin de mejorar la salud de la población.

- Creación de un **premio anual a las mejores prácticas** de comunicación en salud pública diseñadas, aplicadas y evaluadas por los diferentes servicios de salud pública.

Planificación de estrategias y creación de plataformas de comunicación.

- Definición de los **objetivos** –globales y concretos, a medio y a largo plazo-, planificación de **la estrategia** y definición de **la agenda** y de los sistemas **de evaluación**. Se entiende que esta estrategia estará ligada al conjunto de acciones del Departamento de Salud, y que ha de situarse también en el marco de sus relaciones con los municipios, el Estado, la Comisión Europea y el entorno internacional en conjunto.

- Creación de un **forum 'salud y sociedad'** (idealmente ligado con el de participación) que fomente actividades de debate –respecto a cuestiones de actualidad y a temas generales-, de lectura crítica de los medios por parte de la población y de formación (de los agentes de salud en habilidades comunicativas, de los comunicadores en conocimientos sobre salud y del público general en ambas, con especial atención por lo que hace que hace a los nuevos recursos electrónicos que se vayan desarrollando). Además, el forum tendría también la función de detectar (mediante el seguimiento de los medios) informaciones de procedencia dudosa y ponerlas sobre la mesa para ser analizadas públicamente y para adoptar las medidas oportunas en caso que se considerara necesario.

- Creación de un **sitio web** (o remodelación de los existentes) específico sobre comunicación en salud pública que:

  · que siga los patrones identificados como buenas prácticas;
  · que se adapte a la sociedad catalana en conjunto y en los diferentes grupos sociales hacia los cuales se dirigen las acciones en comunicación;
  · que garantice el seguimiento de los objetivos generales y específicos marcados
  · que permita la flexibilidad y rapidez necesaria para hacer frente a situaciones imprevistas o en las que se requiera una acción inmediata.

Recomendaciones para el tratamiento de aspectos concretos de la comunicación

- Planificación de estrategias de comunicación sirviéndose de recursos avalados por la experiencia (técnicas de marketing social, de *media advocacy*, etc.) a fin de aumentar el grado de confianza pública en los sistemas sanitarios y de crear una **'marca' de Agencia de Salud Pública** que esté asociada a principios de autoridad, rigor, transparencia, *expertise* y búsqueda del bienestar y la justicia sociales.

- Estudio de casos pasados, previsión de posibles **situaciones de crisis** en salud pública y establecimiento de protocolos de actuación. Si éstos ya existen, evaluación de estos.

- Análisis de la información y de la **percepción pública del riesgo** de los principales agentes

a los que está expuesta la población catalana (globalmente o determinados grupos).

- Establecimiento de guías de recomendaciones, tanto para los profesionales de los media como para a los profesionales de la sanidad.

- Establecimiento de sistemas de seguimiento (comisiones, grupos de trabajo, observatorios, etc.) que velen por el respeto a los **principios de ética** que afecten a las relaciones de comunicación en materia de salud (derecho a la información, derecho a la salud, cuestiones de respeto a la imagen y a la dignidad, conflicto de intereses, etc...).

- Establecimiento de sistemas de seguimiento que velen por una correcta comunicación en **cuestiones de carácter prioritario** (como ahora la comunicación de brotes, las adicciones, el aborto entre adolescentes, etc.) y en cuestiones de índole **transversal** (la comunicación de los problemas de salud de las mujeres y el uso de estereotipos sexistas, la comunicación con población inmigrante, etc...).

- Establecimiento de un compromiso formal de colaboración entre los servicios de salud pública y los principales medios de comunicación (especialmente los de titularidad pública) a fin de desarrollar sistemas que contribuyan a mejorar la comunicación pública en materia de salud. Algunos de estos sistemas podrían ser:

  · Celebración de **encuentros regulares** entre periodistas y profesionales de la salud para hablar sobre las necesidades de cada uno y para establecer, de forma participativa y progresiva, sistemas de cooperación mutua.

  · Revisión de los **aspectos éticos** que afectan la comunicación en salud pública, la adquisición del compromiso formal para velar que se cumplan y el establecimiento de un sistema de **premios** para los más respetuosos con la ética en cuestión de salud (tanto por parte de los medios como por parte de los agentes de salud).

  · Creación de una **base de datos** de expertos que puedan ser consultados por los periodistas con relativa agilidad.

  · Servicio profesional **de ayuda para los guionistas** de TV en materia de salud, revisión de guiones y provisión de ideas en cuestiones de salud pública.

  · Celebración de **jornadas sobre casos reales de situaciones de crisis** en salud pública (primero sobre casos pasados, y una vez establecida la dinámica de comunicación de crisis, también sobre casos actuales).

  · Inclusión **de espacios específicos sobre salud** en la programación de los medios de comunicación (al menos, los de titularidad pública), ligados a los programas de promoción y prevención de la salud

REFERENCIAS

1. Wolf, M. *Los efectos sociales de los media*. Paidós, Barcelona 1994

2. De Semir V. *What is newsworthy?* Lancet 1996; 347:1063-66.

3. Document 'Informació sanitària i mitjans de comunicació: consideracions ètiques', elaborat pel Comitè de Bioètica de l'antic Departament de Sanitat, de la Generalitat de Catalunya (pendent de publicació).

4. *Science & Engineering Indicators 2001*. National Science Foundation.

5. *Science & Engineering Indicators 2004*. National Science Foundation.

6. *British Medical Journal* en el número de 27 setembre de 2003 recull diversos editorials, articles i comentaris sobre la percepció i la comunicació de risc. Destacable, en particular, els editorials:
   Edwards A. Communicating risk BMJ 2003;327:691-692.
   Godolphin W. The role of risk communication in shared decision making BMJ 2003.
   Thornton H. Patients' understanding of risk BMJ 2003;327:693-694
   Sedgwick P, Hall A .Teaching medical students and doctors how to communicate risk BMJ 2003;327:694-695

7. www.nphic.org

8. Aquest interès apareix tant quan se sol·licita classificar una llista de temes d'actualitat per ordre d'interès, com quan es pregunta obertament sobre les notícies que es recorden de l'any anterior (enquestes sobre informació científica als mitjans de comunicació incloses en l'informe periòdic *Science Indicators , National Science Foundation).*

9. Martínez P. Medios de comunicación y salud. Informe Sespas 2002, Cap. 28: 582-592

10. Informe Quiral, la salud en la prensa diaria. Observatori de la Comunicació Científica, UPF (ed. 1997-2003).

11. Revuelta G et al. Newspaper coverage of medical news. *Pub Underst of Science* (en revisió)

12. Gonzales S. et al. Media Literacy and Public Health. Oct 2004. American Behavorial Scientist, 48, 2: 189-201

13. Chapman S. and Wakefield M. Tobacco Control Advocacy in Australia: Reflections on 30 Years of Progress. Health Education and Behavior (June 2001): 375-389