Localizador web
Artículo 188.142

Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario

Juan Gérvas[a], Andreu Segura Benedicto[b] y Seminario Innovación en Atención Primaria 2006

Introducción

La organización de los sistemas sanitarios ha establecido *de facto* una frontera artificial entre los servicios que se prestan al colectivo, al conjunto de la población, y los que se prestan individualmente a las personas que integran la población –sin entrar en definiciones, hablamos de salud pública en el primer caso, y de atención clínica en el segundo[1-3]–. Personas y poblaciones son realidades complementarias y cambiantes, pero la persona no puede ser vista sino como un individuo social, ya que es la sociedad quien le presta el lenguaje y el bagaje que le hace humano. Y la población no existe sin individuos.

Contamos con una urdimbre conceptual que permite valorar la interacción entre salud pública y atención clínica[4,5]. Así, hay funciones y actividades de la salud pública que no implican relación directa con la atención clínica, como la depuración de las aguas o los controles de la alimentación. Pero otras muchas funciones y actividades de salud pública se complementan y se llevan a efecto con la colaboración de los clínicos, como las vacunaciones o los cribados neonatales. Por ello, la frontera entre los servicios de salud pública y de atención clínica es absurda.

En este texto analizaremos algunas causas y consecuencias de la falta de cooperación entre los servicios de salud pública y los de atención sanitaria, en el contexto del cambio en el uso de los servicios sanitarios, con énfasis en la atención clínica, sin entrar a considerar los problemas específicos de la salud pública[6,7].

[a]Médico de Canencia de la Sierra. Madrid. Coordinador del Equipo CESCA. Madrid. España.

[b]Médico especialista en Salud Pública. Profesor titular de Salud Pública en la Universidad de Barcelona. Director del Área de Investigación en Servicios Sanitarios y Salud Pública del Instituto de Estudios de Salud de la Generalitat de Cataluña. Barcelona. España.

*Al final del artículo se incluyen los nombres de los componentes del Seminario Innovación en Atención Primaria 2006.

Correspondencia:
Juan Gérvas.
Travesía de la Playa, 3. 28730 Buitrago del Lozoya. Madrid. España.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Manuscrito recibido el 12-3-2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12-3-2007.

Palabras clave: Atención primaria. Salud pública. Organización. Gestión.

Puntos clave

- **Las fronteras entre salud pública y atención primaria son artificiales.**
- **Los conceptos y realidades identificados como «población, comunidad y paciente» son muy cambiantes; en el mundo desarrollado el énfasis se pone cada vez más en el individuo y sus demandas.**
- **La atención clínica personal predomina hasta tal extremo sobre la salud pública que muchas actividades preventivas se vuelven ineficientes.**
- **Lo lógico es redefinir límites y papeles de forma que sea natural la cooperación entre los servicios de salud pública y la atención primaria.**

Población, comunidad y paciente

Las dificultades en la cooperación entre salud pública y atención clínica nos hacen perder oportunidades de aunar esfuerzos; por ejemplo, para revertir la ley de cuidados inversos[8]. Así, hay un grupo marginal de población que utiliza las urgencias como fuente habitual de cuidados, y que emplea otros servicios sociales como refugios, comedores públicos, correccionales y cárceles, en los que sería imprescindible un enfoque múltiple, de salud pública, atención clínica y atención social, tanto para mejorar su salud personal como para controlar algunos problemas de salud de la población; por ejemplo, tuberculosis resistente[9]. Los

Este texto se elaboró a partir del cuarto taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, que en 2006 se dedicaron a la capacidad de respuesta de la atención primaria. Se celebró en Madrid el 27 de octubre de 2006 con Andreu Segura como ponente y Juan Gérvas como coordinador. Organiza los Seminarios de Innovación en Atención Primaria la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio de GSK.

grupos marginales, que sumados alcanzan una magnitud notable, ponen de manifiesto las dificultades generales de compaginar la dimensión de la población –como ciudadanos– con la dimensión de usuarios de los servicios asistenciales –como pacientes–, y la necesidad de la cooperación de los servicios de salud pública con los de atención clínica, y de ambos con los servicios sociales. La escasa cooperación conlleva, por ejemplo, la pérdida de oportunidades en lo que se refiere a las intervenciones de promoción de la salud, de protección de la salud y de prevención de enfermedades, muy ineficientes si se abordan independientemente por los servicios de atención sanitaria. Además, si la salud pública debe afrontar cuestiones sociales, de equidad por ejemplo, es imprescindible la colaboración de todo el sistema sociosanitario, y de otros como los ya señalados[10].

Dada la cambiante interpretación del papel del individuo, la comunidad y la población, no es raro que se origine confusión al considerar estos conceptos. Población es el conjunto de individuos que pueblan un lugar –por ejemplo, la población de España–; comunidad, un conjunto de personas unidas por un interés o unas circunstancias comunes –por ejemplo, una comunidad de vecinos–; paciente, el individuo que solicita cuidados y es objeto de examen y/o tratamiento médico –por ejemplo, la persona que requiere atención a los servicios médicos a causa de dolor abdominal por una probable apendicitis–. Desde este punto de vista, los términos parecen claros, pero en la práctica sus límites se borran. Las poblaciones son cada vez menos estables, más fluctuantes, menos homogéneas. Las comunidades se hacen más independientes del lugar geográfico. Y el individuo, sin ligazón a un terruño, se ve cada vez más como central y exige la resolución inmediata de sus problemas mientras reivindica una prevención omnipotente que evite su papel de paciente. Lo esperable es, pues, la difícil identificación práctica de poblaciones, comunidades, individuos y pacientes.

Esta dificultad no es baladí, pues el sistema sanitario se ha organizado de modo implícito hasta la fecha como si fueran fácilmente distinguibles poblaciones, comunidades, individuos y pacientes, y como si la atención a estos últimos fuera la llave para mejorar la salud de comunidades y poblaciones. La falsedad de esa concepción es la que está rompiendo las costuras del traje sanitario y lleva a profundizar en elementos que rompen el esquema poblacional, al abandono de la salud pública y de la salud comunitaria, y a respuestas de atención personal inmediata del tipo de clínicas sin cita, emergencias ambulatorias y domiciliarias, teléfonos «sanitarios» de 24 horas, urgencias hospitalarias hipertrofiadas…

La evolución social está contribuyendo a desdibujar los límites clásicos entre la población y la comunidad, y entre ésta y el paciente. El paciente deviene usuario, que utiliza activamente, y según prefiere, los servicios sanitarios, y aunque «puebla» un determinado lugar se siente más unido, y empieza a formar más comunidad, con grupos virtuales con los que interacciona a diario. De todo ello es buen ejemplo la evolución de la familia, una comunidad básica que cambia no tanto por las nuevas modalidades legales cuanto por la disminución de su tamaño[11]. Así, después de dos generaciones de hijos únicos, no quedan ni tíos, ni primos, ni nietos –ni hermanos– y sólo persiste el plural para padres y abuelos. Si añadimos unas gotas de movilidad geográfica, esos plurales quedan lejos y pasan a ser, también, casi virtuales –conectados por las telecomunicaciones–. El que sobrevive es el individuo aislado, que vive solo, y que no es extraño que demande servicios personales en un modelo de asistencia sanitaria tan instantáneo como el que pueden dar las telecomunicaciones –y los servicios tipo «tele-pizza».

El predominio de lo personal –atención clínica– sobre lo público –salud pública

Los políticos responden a los cambios en las poblaciones y comunidades con decisiones que potencian la atención clínica sobre la salud pública –por ello los servicios de salud pública apenas consumen el 2% de los gastos corrientes de la sanidad pública, incluyendo el coste de las vacunas aprobadas, tanto en España como en otros países desarrollados[12,13]–. Pero la atención clínica responde a las demandas de los individuos con unos servicios todavía anclados en el pasado –colapsados por pacientes «ocupas», ya que un 5% de pacientes compulsivos puede copar hasta el 40% de la atención[14]–, que ofrecen servicios preventivos como si fueran curativos y que siguen las nuevas tendencias de demanda inmediata sin ningún plan, desbordados en la práctica.

La demanda de servicios sanitarios personales parece poder crecer hasta el infinito. De hecho, irónicamente, a más salud objetiva se tiene peor salud subjetiva, mayor necesidad de cuidados y más problemas de salud[15,16]. Y ante los mismos problemas la atención clínica responde con más intervenciones –y esto explica en gran parte el aumento del coste sanitario–, sin que mejore mucho el resultado en salud[17]. Se ofrecen mezclados los servicios curativos y preventivos, pese a que el contrato implícito en ambos es distinto –se precisa un balance riesgos-beneficios más claro en lo que se refiere a la prevención[18]–. Y se intenta ofrecer servicios inmediatos, y por ello muy despersonalizados, ya que se responde a la demanda de los pacientes que buscan no tanto crear lazos con el médico –el médico legitimado como sanador y «buen samaritano», el médico de cabecera clásico– como tener respuesta a una inquietud o molestia que se vive como desasosegante e insoportable, que requiere resolución imperativa instantánea.

Es de esperar la proliferación e hipertrofia de los servicios de urgencia y de los «verticales» –que resuelven los problemas que crean alarma social o que logran eco en los medios de comunicación, como el sida, la anorexia nerviosa, la identificación sexual y otros–. Con ello se fragmenta todavía más el sistema sanitario y disminuyen las posibilida-

des de cooperación entre salud pública y atención clínica –y la resolución racional de los problemas, con los recursos disponibles.

Con las expectativas sociales sin control –el paciente impaciente, los políticos exigentes y los medios de comunicación impactantes–, lo importante y relevante es lo urgente. Pero puede ser imprudente responder a lo importante y relevante desde servicios diseñados para otros tiempos, pues el resultado final es atención con más cantidad, menos calidad y menos seguridad. Los efectos adversos disminuyen la eficacia médica y la atención clínica se convierte en un peligro[19]. El uso de los servicios clínicos se convierte así en un problema de salud pública[19,20].

Contribuye a las dificultades de coordinación entre atención clínica y salud pública la distribución geográfica de los servicios sanitarios, que muchas veces tienen límites que no responden a los de las comunidades naturales. La representación política se adapta lentamente a esta realidad actual, y en las poblaciones hay comunidades que no se reconocen entre sí, ni tienen sentimientos de identificación global, de forma que «la mayoría» no se vive como criterio suficiente para decidir con lógica el uso adecuado de los recursos sanitarios.

La falta de una visión global de la salud de la población disminuye también las posibilidades de cooperación intersectorial «educación, transporte, medio ambiente, alimentación, urbanismo, sanidad y otros sectores». A pesar de la falta de esta cooperación, mejoran los indicadores tipo expectativa de vida al nacer debido a la alfabetización universal, la higiene de la vivienda, los sistemas de pensiones, la redistribución de la riqueza y la democracia, y los políticos y los ciudadanos perciben que las mejoras se deben a una atención clínica que se vive como omnipotente, expresión del triunfo de los tiempos modernos, y por ello los políticos y los ciudadanos se comportan como monstruos insaciables, consumidores natos de servicios sanitarios personales e inmediatos. Se olvida que la cantidad de «bienes» sanitarios es peligrosa *per se* y que el consumo sanitario tiene ventajas e inconvenientes[19,20]. La inmediatez y el exceso tienen efectos adversos, ya que tienden a disminuir la seguridad en la prestación de cuidados.

Además, se pone el énfasis en una prevención que evite cualquier malestar y problema futuro[21], con lo que se legitiman actividades de dudosa eficacia –¿ejemplos?: los abusos respecto al diagnóstico precoz del cáncer de próstata, el tratamiento de la hiperlipemia en prevención primaria y las citas y recitas para el control de la hipertensión– que se suman rutinariamente a la atención clínica[19]. La atención clínica deviene preventiva e inmediata, lo que se contradice con la preponderancia de la morbilidad crónica y de la comorbilidad –lo que provoca frecuentes crisis de identidad entre los médicos clínicos–.

Todo se complica, además, por la falsa impresión de estar ofreciendo una medicina científica, como si los médicos hubieran perdido la legitimidad de sanadores y sólo pudieran sostenerse como científicos –se pierde el aspecto humano de la calidad y resulta importante sólo su componente técnico–. Se confunde la duda sistemática y la búsqueda de la verdad, propias del científico, con la práctica médica, de búsqueda de la mejor forma de ayuda al paciente. A todo ello ha contribuido el uso inadecuado de la medicina basada en pruebas –con su énfasis en la biología farmacológica, en la prevención indiscriminada y en la aplicación de resultados estadísticos a pacientes individuales[22,23].

Además se crea un círculo vicioso, y al abandono del componente sanador del médico responde el paciente con exigencias de eficacia instantánea, con expectativas de omnipotencia científica y técnica –«si hemos llegado a la Luna, ¿cómo no va a haber solución inmediata para mi catarro?»[21]–. Esas exigencias de eficacia potencian indirectamente los servicios de atención médica, en detrimento de la salud pública, con sus métodos lentos, sus objetivos lejanos y sus promesas de resultados a largo plazo.

Buen ejemplo de los problemas que conlleva el predominio de lo personal sobre lo público, de la falta de coordinación entre salud pública y atención clínica, fue la respuesta de los políticos, los medios de comunicación y los ciudadanos en la crisis de «la vacuna de la meningitis», en la que faltó racionalidad y se dio una respuesta general inapropiada –con la notable positiva excepción de Navarra–. Problemas parecidos se dan también en otros países desarrollados, como bien demuestran las respuestas al s*evere acute respiratory syndrome* (SARS) y a la gripe aviar[24,25]. Estos ejemplos demuestran que las expectativas sociales condicionan la respuesta sanitaria hasta hacerla irrazonable. El ansia de la inmediatez y de la prevención conlleva el sacrificio de la racionalidad.

Propuestas

¿Qué hacer? Una perspectiva razonablemente factible es establecer alianzas, al menos, entre la salud pública y la atención primaria aprovechando la coincidencia de la distribución sanitaria en zonas básicas de salud. Por ejemplo, con un primer programa cuyos frutos beneficiarían a ambos estamentos sanitarios, basado en 5 áreas de cooperación: población, brotes epidémicos, programas comunitarios y asistenciales de promoción y de protección de la salud, fomento de la equidad y evaluación de la efectividad y la eficiencia[26]. Para ello sería necesaria una estrategia global que aunase todos los recursos disponibles, con los que se puede responder tanto a lo urgente como a lo importante. Se precisa cooperación que asegure la mejor prestación de cuidados sanitarios, lo que exigiría:

– Redefinir según los cambios sociales población, comunidad y paciente, y adaptar a esos cambios la estrategia y la estructuración del sistema sanitario.
– Devolver el aspecto de sanador al médico, mediante la valoración y reconocimiento del componente humano en la calidad de la atención.

– Compartir con los pacientes y la población las limitaciones y peligros de la atención curativa y preventiva de los servicios médicos personales.
– Fomentar el liderazgo de salubristas y clínicos que pudieran servir de «banderín de enganche» para una colaboración positiva y fluida.
– Definir para la población objetivos cuantificables en salud, y valorar en su cumplimiento el impacto de las actividades de salud pública, de atención clínica y de servicios sociales –solas y combinadas– y su potenciación con la colaboración mediante mecanismos específicos claramente definidos.

A todo ello habría que sumar esfuerzos con los sectores que determinan gran parte de la salud y son ajenos al sistema sanitario –educación, justicia, vivienda, hacienda, etc.–, para lo que es imprescindible tener una visión política global de la salud de la población.

Seminario Innovación en Atención Primaria 2006
M. Teresa Alonso Salazar, M. José Álvarez Pasquín, Victoria Ayala Vargas, Julio Bonis Sanz, Rafael Bravo Toledo, Josep Casajuana Brunet, Mireia Fàbregas Escurriola, Francisco García Cebrián, Luis Miguel García Olmos, Miguel Ángel García Pérez, Félix Miguel García, Sergio Minué Lorenzo, Juan José Muñoz González, M. Ángeles Nuín Villanueva, Beatriz Ogando Díaz, Raimundo Pastor Sánchez, M. Antonia Pedraza Dueñas, Juan Antonio Pérez Artigues, Mercedes Pérez Fernández, Miguel Ángel Ripoll Lozano, M. Pilar Rodríguez Ledo, Juan José Rodríguez Sendín y Juan Simó Miñana.

Bibliografía

1. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1995.
2. Institute of Medicine. The future of the public´s health in the 21 century. Washington: National Academy of Sciences; 2002.
3. Bentzen N, editor. WONCA dictionary of general practice/family practice. Copenhagen: Maanedskift; 2003.
4. Starfield B. Public health and primary care: a framework for proposed linkages. Am J Public Health. 1996;86:1365-69.
5. Starfield B, Sevilla F, Aube D, Bergeron P, Maeseneer JMD, 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.
6. 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.
7. Benavides FG, Moya C, Segura A, De la Puente ML, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en salud pública. Gac Sanit. 2006;20:239–43.
8. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;I:405-12.
9. Keene J, Switz L, Bailey S, Jancek G. Shared patients: multiple health and social contacts. Health Social Care Community. 2001;9:205-14.
10. Cohen BE. Population health as a framework for public health practice: a Canadian perspective. Am J Public Health. 2006;96:1574-7.
11. Cohen JE. Human population: the next half century. Science. 2003:302:1172-5.
12. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Gasto sanitario territorializado por comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/GASTO_TERRITORIAL.xls#'contenido'!A1
13. Organization for Economic Cooperation and Development: OECD Health Data 2004. A comparative analysis of 30 countries. CD ROM and User´s Guide. París: OCDE; 2004.
14. Segura A. El projecte AUPA Barceloneta. Barcelona: Generalitat Catalunya, Institut d´Estudis de la Salut; 2004; monografías 12.
15. Barsky AJ. The paradox of health. N Engl J Med. 1988;318:474-8.
16. Sen A. Health perception versus observation. BMJ. 2002;324: 860-1.
17. Puig-Junoy J. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:96-102.
18. Segura-Benedicto A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:88-95.
19. Davis P. Health care as a risk factor. CMAJ. 2004;170:1688-9.
20. Ortún V. Mejor (servicio) es más (salud). Rev Esp Salud Pública. 2006;80:1-4.
21. Fugelli P. The Zero-vision: potencial side effects of communicating health perfection and zero risk. Patient Educ Counselling. 2006;60:267-71.
22. Feinstein AR. The problem of cogent subgroups, a clinicostatistical tragedy. J Clin Epidemiol. 1998;51:287-9.
23. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ. 2004;167:363-4.
24. Weinstein RA. Planning for epidemics. The lessons of SARS. N Engl J Med. 2004;350:2332-4.
25. Bonneux L, Damme WV. An iatrogenic pandemic of panic. BMJ. 2006;332:786-8.
26. Griffiths S, Haslam D. Putting public health practice into primary care practice: practical implications of implementing the changes in shifting the balance of power in England. J Public Health Med. 2002;24:243-5.