
Concepto, competencias y tareas de la salud pública hoy

Andreu Segura Benedicto

*Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya.
Departament de Salut Pública. Universitat de Barcelona*

Justificación

Hace ya 25 años que se produjeron las primeras transferencias de las competencias de salud pública a las Comunidades Autónomas. Desde entonces el sistema sanitario ha experimentado una notable transformación. Se ha pasado de un modelo de seguridad social al Sistema Nacional de Salud, a la vez que se han incrementado los recursos dedicados a la asistencia sanitaria y se ha completado el proceso de descentralización autonómica.

Durante este período la evolución de los dispositivos de salud pública no ha sido objeto de una transformación comparable, ni tampoco ha incrementado su influencia relativa en el conjunto del sistema, ya que, al menos formalmente, algunas de las competencias tradicionales de las Administraciones Sanitarias han

sido asumidas por nuevos departamentos, como Medioambiente.

La crisis de la salud pública –consuetudinaria si atendemos a las periódicas reivindicaciones de los profesionales o incluso al título del libro editado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace ya años¹– no se ha resuelto, sino más bien se ha acentuado. Sobre todo respecto del conjunto de dispositivos específicos del sistema sanitario dirigidos a la prestación de servicios de promoción y de protección de la salud de carácter colectivo a la población. De ahí que convenga analizar si la salud pública sigue teniendo algún papel en la provisión de servicios del sistema de salud, y si es el caso, plantear cuál puede ser la estrategia adecuada para materializarlo; un análisis y una estrategia que son imprescindibles para dar sentido a la organización de los servicios de salud pú-

blica en España que es el propósito de estas Jornadas.

El concepto de salud pública

La salud pública nace con la urbanización en las postrimerías de la prehistoria. El sedentarismo asociado al establecimiento definitivo de la agricultura comportó la creación de las primeras ciudades, lo que requirió solventar cuestiones como el abastecimiento de agua potable, el almacenamiento de alimentos y la eliminación de los residuos domésticos². La aglomeración de unas 8.000 personas en la ciudad de Çatal Hüyük, en la península de Anatolia, hace ahora unos 9000 años, es un ejemplo oportuno. El saneamiento fue decisivo para la subsistencia de las grandes ciudades de la antigüedad, como Roma, que alcanzó el millón de habitantes en el siglo I. Intervenciones y actividades de saneamiento que no se identificaron con la salud pública hasta el siglo XVIII, cuando constituyeron uno de los elementos principales de la fundación del movimiento higienista culminado con la creación formal de la salud pública a mediados del siglo XIX.

Curiosamente, esta primitiva disociación parece producirse de nuevo en la actualidad, porque muchas de las actividades de saneamiento se han independi-

zado de la salud pública tradicional y se llevan a cabo por parte de profesionales ajenos. Queda por ver, sin embargo, si la influencia de estas actividades sobre la salud resulta tan positiva como lo fue en la antigüedad y, en cualquier caso, si se beneficiaría de un liderazgo explícitamente sanitario.

La salud pública puede considerarse desde muchas perspectivas, tal vez demasiadas si tenemos en cuenta que la que podría considerarse patognomónica, es decir, la visión colectiva de los problemas de salud y de sus determinantes –incluidas las intervenciones sanitarias– no se ha incorporado al acervo común, porque la percepción general sigue siendo que tanto los problemas como las intervenciones son básicamente individuales, de manera que impresiona más una intervención espectacular, como por ejemplo el trasplante pulmonar, aunque el impacto sobre la salud de la comunidad sea mínimo.

Siguiendo a Frenk³ podemos referirnos a un conjunto de disciplinas académicas más o menos directamente relacionadas con la salud de las poblaciones; a unos servicios específicos de los sistemas sanitarios, y a una visión de las políticas de salud y de las políticas de las organizaciones sanitarias.

Desde la perspectiva del sistema sanitario, sin embargo, podemos distinguir

dos grandes categorías de actividades de la salud pública: las que son de ámbito global y afectan por ello al conjunto del sistema –contribución al diseño de políticas y a la evaluación del impacto de cualquiera de las actividades sanitarias– y las que son de ámbito específico y afectan exclusivamente a los servicios de salud pública, es decir, la producción de actividades de promoción y de protección de la salud de carácter colectivo.

Avancemos que el desarrollo de ambas categorías ha sido desigual. El componente de provisión de servicios formales de salud pública ha experimentado pocos cambios, tanto el que depende de las Administraciones Autonómicas –promoción y protección de la salud– como los de las Administraciones Locales –sobre todo protección de la salud que es una competencia concurrente con las autonómicas–.

En cambio, las actividades relacionadas directa o indirectamente con la planificación y la administración se han intensificado, siquiera por el crecimiento de las instituciones con responsabilidades explícitas como los departamentos de sanidad de las Comunidades Autónomas. Tampoco se pueden olvidar las perspectivas abiertas durante los primeros años de la transición democrática cuando parecía que la salud pública sería uno de los

ejes de modernización del sistema sanitario. En este sentido, el diseño de los primeros planes de salud tuvo una notable influencia sobre las expectativas de los propios profesionales, que en parte se han mantenido gracias a la existencia de sociedades científicas como la Sociedad Española de Salud Pública y Administración (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), a la actividad de algunas escuelas y a una apreciable dinamización de la universidad, desde donde los departamentos de salud pública han empezado a contribuir a una producción científica y académica que ha mejorado su competitividad internacional. Las revistas especializadas como Gaceta Sanitaria, la Revista Española de Salud Pública y la de Administración Sanitaria, han supuesto, también, un acicate.

Se puede también considerar la salud pública “anónima”, o no formalmente definida como tal, un ámbito que a la manera del saneamiento de los antiguos, es ahora competencia de múltiples sectores de la sociedad y también de la Administración, cuyas actividades tienen repercusión directa sobre la salud de la población. En algunos casos con la participación de profesionales o estamentos de la salud pública institucional, por ejemplo, las juntas de saneamiento o similares.

En relación con el sistema sanitario la aportación potencial de la salud pública se puede referir bien a los aspectos más relacionados con la planificación y la evaluación del sistema sanitario en su conjunto, bien a la provisión de servicios específicos que acostumbran a ser los de promoción y protección de la salud. Una consideración particular merece la vigilancia epidemiológica que, en general, es una función asumida por las direcciones generales de salud pública autonómicas, debido a su carácter instrumental para el control de los brotes epidémicos. En cambio, los sistemas de información sanitaria acostumbran a quedar fuera del ámbito de las competencias y de las funciones específicas de los servicios de salud pública, a pesar de que se trata de una faceta fundamental para la elaboración de las políticas sanitarias y para la gestión del sistema.

La transdisciplinariedad y el profesionalismo

Otra de las características distintivas de la salud pública es la multiplicidad de aproximaciones, perspectivas y actividades que pueden llegar a cobijarse bajo su denominación. Aun admitiendo una separación práctica entre las que pretenden un propósito explícito de mejora o mantenimiento de la salud de las perso-

nas y de las comunidades, y aquellas que solo indirectamente están relacionadas con la salud –que en estos tiempos de “sanitarización” son prácticamente todas las demás– muchas son las disciplinas, oficios y hasta profesiones llamadas a participar, al menos en alguna de las actividades de la salud pública. Disciplinas sociales como la Demografía, la Sociología, el Derecho o la Política (entendidas como estudio y como práctica); instrumentales de análisis como la Estadística, las Técnicas de la Información y la Informática, incluso la Epidemiología que en algunos países es una titulación independiente y que desde luego tiene una dimensión de intervención; instrumentales de acción como el Urbanismo, la Arquitectura o la Ingeniería, y naturalmente, las tradicionalmente sanitarias, más o menos clínicas, como la Veterinaria, la Enfermería, la Medicina e incluso la Psicología, y desde luego la Farmacia. Sin olvidar las más científicas: la Biología y la Genética, la Física y la Ecología.

Esta diversidad es, en cierto sentido, muestra de riqueza, pero en otro supone un obstáculo para conseguir una efectiva colaboración, de forma que resulta más fácil que cada uno tire del carro por su cuenta y en la dirección que mejor le parece que, en general, es la que supone que satisface mejor sus intereses.

De ahí que algunos nos planteemos la conveniencia de construir una nueva profesión, entendida como una referencia para la sociedad, de forma que tenga una idea de lo que puede esperar de los salubristas, y también, para evitar en lo posible los efectos indeseables del intrusismo para la ciudadanía, que es la razón genuina y confesable por la que existen las profesiones como la Medicina, la Arquitectura o el Derecho.

En esta perspectiva se impone definir funciones, competencias y tareas que requieren conocimientos, habilidades y destrezas, y desde luego actitudes, suficientemente distintas como para que sea razonable limitar el ejercicio a aquellos que las demuestren y una corporación que garantice a la comunidad que así se hace.

Los múltiples intentos que tanto en el mundo anglosajón como en el latino se están llevando a cabo⁴ empiezan a proporcionar orientaciones útiles tanto para formadores como para empleadores. Cabe señalar, sin embargo, que en general persiste una mezcla de las competencias necesarias para desarrollar las actividades más propias de la vertiente analítica –investigación, reflexión y docencia– con las que corresponden al ejercicio profesional en los servicios proveedores de las actividades de promoción y de protección de

la salud de carácter colectivo. Una combinación que es positiva mientras resulte armónica, esto es, adecuada a lo que la sociedad espera –o potencialmente necesita– de los salubristas, es decir, profesionales competentes.

Pero que puede comportar efectos perjudiciales si se sesga hacia los aspectos más académicos, desequilibrando el componente productivo, de práctica profesional, a expensas de un refuerzo de los aspectos teóricos y metodológicos, de la misma manera que ocurre con la Medicina clínica, cuyo planteamiento conceptual como ciencia, más que como asistencia, lleva, inexorablemente, a la paradoja de que muchos médicos busquen dedicarse cada vez más a la investigación. Algo así, si se me permite la licencia, como la fabricación de monstruos y quimeras –el sueño de la razón de nuestro Goya–, ya que en el fondo se trata de una forma de escapar de los problemas reales cuya solución es lo que justifica, al fin y al cabo, la existencia de las profesiones.

Las potenciales aportaciones

La aportación global

Las aportaciones globales tienen que ver, por un lado, con la elaboración de políticas y por otro con la macrogestión del sistema sanitario. Respecto de la pla-

nificación sanitaria cualquier política racional de salud requiere, en primer lugar, la detección de los problemas de salud y el análisis de su importancia relativa, en términos del impacto directo sobre la salud –la carga de enfermedad, que se dice ahora, o la frecuencia y la gravedad– y también el indirecto en términos económicos y en el de los intangibles, la preocupación y las expectativas. Sabido es que los intangibles tienen tanta o más importancia que los tangibles a la hora de centrar el interés de la política, como ha ocurrido con la variante de la enfermedad de Creutzfeld Jacob, por ejemplo. También hace falta disponer de pruebas suficientes que justifiquen la inclusión de las intervenciones potencialmente útiles para mejorar los problemas de salud, es decir, información acerca de la vulnerabilidad. La importancia de los problemas y su susceptibilidad son elementos imprescindibles para establecer prioridades. La aportación de la salud pública consiste en la consideración conjunta de todos los problemas de salud y en su ordenación de acuerdo con la importancia que cada uno de ellos tiene.

En cuanto a la gestión, el sistema sanitario requiere información para valorar el impacto de las intervenciones en términos de salud, es decir, medidas de

la efectividad. Conociendo los resultados obtenidos es posible introducir las modificaciones que permitan ir mejorando las políticas sanitarias. La aportación potencial de la salud pública en este ámbito es, pues, proporcionar una estimación del impacto atribuible a determinadas intervenciones en relación con otras.

La planificación sanitaria no está de moda, en parte debido a las burdas simplificaciones mecanicistas de las experiencias más conocidas. También al carácter retórico de las formulaciones más explícitamente políticas. El relativo fracaso de los planes de salud es un ejemplo pertinente. Sin embargo, una cierta planificación es imprescindible, incluso desde la perspectiva ideológica más liberal, propia de la libre empresa. En cualquier caso los planes de salud siguen ofreciendo la posibilidad de fomentar el debate político en torno a las prioridades y al cumplimiento de los objetivos comprometidos, a pesar de que las fuerzas políticas no “entren al trapo”.

Sin embargo, las decisiones políticas más relevantes que son las que afectan a la distribución de recursos, se siguen tomando con una gran dosis de inercia, de forma que las unidades de gasto reconocidas tienen mucha ventaja para seguir creciendo, lo que comporta la relegación

de las innovaciones originadas en ámbitos menos desarrollados.

En este sentido cabe reconocer que el componente clínico de los sistemas sanitarios ha sido capaz de asimilar las críticas que, entre otras, suponía la propuesta de nuevo modelo sanitario de Lalonde. El ejemplo más claro ha sido la integración de las actividades preventivas relativas a los estilos de vida en la asistencia, de manera que se ha incrementado la prescripción de pruebas diagnósticas y de medicamentos profilácticos (hipotensores, hipolipidemiantes, etc.), sin modificar los comportamientos de riesgo ni los determinantes sociales que los facilitan. La respuesta de la salud pública se ha quedado, en el mejor de los casos, en propuestas teóricas o en proclamas que no han tenido un apreciable impacto, más allá de proporcionar una legitimación indirecta a las intervenciones clínicas.

Estas limitaciones, pues, sólo se podrán superar si se cuestionan las prioridades y los objetivos del sistema sanitario en su conjunto y se promueven políticas racionales de adaptación del sistema sanitario para alcanzar las que se establezcan de nuevo. Lo que exigirá un cambio sustancial en la orientación del sistema, y desde luego, el recurso a la transparencia efectiva y a rendir cuentas públicamente.

La aportación específica

Pero además de las aportaciones globales a la sociedad y al sistema sanitario la salud pública se identifica con la denominación de determinados servicios sanitarios dependientes de las administraciones públicas, particularmente las autonómicas y las locales que, según nuestro ordenamiento legal, son las competentes para proporcionar a la población los servicios sanitarios de promoción y de protección de la salud de carácter colectivo.

Desde el siglo XIX la Administración Central del Estado se ha responsabilizado de las actividades de salud pública, prácticamente siempre bajo la jurisdicción de los Departamentos de Interior o de Gobernación, mediante la Dirección General de Sanidad como el máximo órgano responsable. En las provincias eran los Institutos de Sanidad primero, y posteriormente las Jefaturas Provinciales de Sanidad y en los partidos médicos las Jefaturas Locales de Sanidad que contaban con la participación de los funcionarios sanitarios locales, cuerpos de funcionarios pagados y seleccionados por la Administración Central.

Este dispositivo organizativo apenas se modifica con la creación del Ministerio de Sanidad en 1978 y tampoco con las transferencias de las competencias de

planificación sanitaria y de salud pública que se inician en 1979. Habrá que esperar a las transferencias asistenciales para que se empiecen a introducir ciertas modificaciones en algunas Comunidades Autónomas, particularmente en la Comunidad Valenciana con la creación de servicios de salud pública en las áreas sanitarias y en Andalucía, donde al menos formalmente, se establece una integración en las zonas básicas de salud.

Sin embargo se trata de cambios relativamente menores que no influyen decisivamente en el conjunto del sistema sanitario⁵. La reforma de la Atención Primaria de salud ha supuesto, en la práctica, el desmantelamiento de la red periférica de salud pública –por otra parte ya obsoleta– con la desaparición funcional de las Jefaturas Locales de Sanidad y la integración de los jefes locales en los equipos de Atención Primaria. La asunción de actividades clínicas preventivas por parte de la Atención Primaria conlleva una racionalización de las intervenciones más asistenciales como la vacunación, pero significa también un incremento de la medicalización con un aumento de la prescripción profiláctica que alcanza un grado extraordinario en cuanto al coste. La factura pública de hipotensores e hipolipidemiantes llega en 2001 al 15 % del total del gasto farmacéutico, es decir un 3,75 % del

conjunto del gasto sanitario público corriente, más de 4 veces lo que se destina a los servicios de salud pública.

Esta orientación medicalizada de la prevención tiene, además, graves problemas de efectividad, eficiencia y seguridad, ya que el grado de cumplimiento de la prescripción de tratamientos crónicos preventivos es bajo, se acostumbra a plantear como una alternativa más que como un complemento de las intervenciones higiénicas y no está exenta de los efectos indeseables de los medicamentos.

Tampoco se ha aprovechado la existencia del resto de profesionales que constituyan la red de sanidad periférica que, además de las competencias colectivas, asumían las de asistencia de la beneficencia, como los practicantes o los farmacéuticos, para conformar equipos locales de salud pública, con la excepción citada de la Comunidad Valenciana y la de la Comunidad de Madrid y en parte de algunos municipios importantes como el de Barcelona, que dispone de una institución de salud pública con casi 125 años de historia. A pesar de lo cual no se puede hablar de la existencia de servicios territoriales de salud pública equiparables a los de la asistencia.

Por otro lado, la coordinación entre los servicios sanitarios asistenciales y los de salud pública es muy escasa. La rela-

ción entre la Atención Primaria y la Especializada se limita, en general, a la notificación de los casos sospechosos de las enfermedades de declaración obligatoria o al abastecimiento de vacunas.

La influencia de la integración en la Unión Europea se ha manifestado en una parcial racionalización de las actividades de los veterinarios titulares y ha propiciado un acercamiento entre las actividades de la veterinaria de agricultura y la de sanidad. Aunque no está clara la conveniencia de una integración de las funciones de ambos colectivos, sí lo está que ambos comparten la misma cultura de salud pública, puesto que en último término tienen el propósito común de la protección de la salud. La europeización, en cambio, no ha tenido efecto en las actividades de los farmacéuticos y tampoco plenamente en la de los médicos, ya que la especialidad de Medicina preventiva y salud pública no está totalmente homologada en el conjunto de la Unión Europea, porque dos de los países miembros no disponen de una especialidad médica equivalente.

Por todo ello, el desarrollo de la práctica de la salud pública ha sido mucho menor que el de la asistencia, sobre todo desde los servicios formalmente denominados como tales. Otra cosa ha sido la asunción de las competencias tradi-

cionales de la salud pública por parte de otros departamentos de la administración, como los de Medioambiente, y el mantenimiento de competencias sanitarias en los ámbitos de agricultura, trabajo, industria o gobernanía.

Cabe además una consideración acerca de la legitimación de las intervenciones de salud pública sobre las que, como es sabido, se argumenta que son difíciles de asumir por parte de los responsables políticos, ya que sus efectos se manifiestan a largo plazo, de forma que no pueden capitalizarse en los plazos de vigencia de las legislaturas. Pues bien, mientras que desde el sector asistencial de los sistemas sanitarios se promueve la mal llamada Medicina basada en la evidencia –porque es más adecuado denominarla Medicina basada en pruebas– la evaluación de la eficacia de las intervenciones de promoción y de protección de la salud de naturaleza colectiva es, en muchos casos, inexistente. A pesar de las propuestas para introducirla⁶ no hay un equivalente a los trabajos de la *Task Force* estadounidense⁷ ni a los de los grupos canadienses sobre las recomendaciones clínicas preventivas⁸. Apenas existen algunas recopilaciones sobre la eficacia de algunas medidas de promoción de la salud que, además, incluyen también las de carácter individual proporcionadas desde la asistencia⁹.

En estas circunstancias no es extraño que la situación de los servicios de salud pública sea más bien marginal en el conjunto del sistema, y que persistan las iniciativas de carácter más bien fetichista en el ámbito de la seguridad de los alimentos, en el del transporte de viajeros o en la prevención de riesgos laborales. En efecto, son muchas las actividades supuestamente preventivas que se llevan a cabo sin que se disponga de pruebas suficientes de su eficacia. Entre ellas, por ejemplo, algunas inspecciones rutinarias de alimentos, la necesidad de los certificados médicos para obtener el permiso de conducir o los exámenes periódicos de salud laboral.

Las tareas pendientes

Las formulaciones renovadoras como el movimiento de “la nueva salud pública” o el de “ciudades saludables” no han conseguido equilibrar la composición de los sistemas sanitarios en cuanto al desarrollo de intervenciones comunitarias. Tampoco el movimiento de la Atención Primaria de salud que reivindicaba un planteamiento comunitario ha servido para reorientar las actividades del sistema sanitario hacia la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Desde la sociedad misma se producen muchas más iniciativas de carácter reivin-

dativo del desarrollo de la asistencia que una demanda de servicios de salud pública. La prioridad cultural e ideológica está, como nunca, en la perspectiva individual y en garantizar el consumo. De otro lado, el rechazo generalizado a la asunción de riesgos para la salud, sobre todo si se trata de riesgos involuntarios, dificulta extraordinariamente la adopción de políticas racionales. El comportamiento demagógico y populista de algunos responsables políticos es un obstáculo añadido. La adopción de decisiones preventivas desproporcionadas alienta expectativas irreales entre la población.

La reivindicación de la responsabilidad individual y colectiva en el ámbito de la salud y de sus determinantes es, pues, una necesidad perentoria para la viabilidad del sistema sanitario, y probablemente, de la sociedad misma. La demanda de sostenibilidad que lideran los movimientos ecologistas es una línea que debería desarrollarse desde la salud pública, aunque más en el fondo que en la forma porque algunas propuestas ecologistas no son, precisamente, un ejemplo de consecuencia al coexistir con conductas de despilfarro energético, y otras como la crítica a la totalidad de los alimentos transgénicos ignoran las ventajas de la selección genética.

El panorama no es precisamente halagüeño. La salud pública no cuenta en la actualidad con aliados dentro del sistema sanitario ni tampoco fuera. Incluso desde la propia institución, tanto en las Administraciones Públicas, sanitarias o no, como en el ámbito de la Academia abundan los planteamientos continuistas que difícilmente servirán para abandonar el “fondo de saco” en el que andamos metidos.

Sin embargo, no es difícil observar en la realidad de la vida social elementos que reclaman el tipo de orientación característico de la salud pública. La viabilidad a medio plazo de los sistemas sanitarios públicos es uno de ellos. No tiene mucho sentido persistir en la línea del consumo desenfrenado de intervenciones sanitarias que, además de consumir muchos recursos no proporcionan un beneficio apreciable en términos de salud. La iatrogenia, por ejemplo, no puede afrontarse con éxito solamente mediante el incremento de la seguridad clínica. Conviene introducir elementos de racionalización en el sentido de mejorar la indicación de las intervenciones clínicas.

Los peligros y los riesgos para la salud de las nuevas circunstancias sociales requieren un abordaje que incluya, además de la investigación biológica, la innovación y el desarrollo de las medidas preventivas colectivas, de forma que se di-

señen actividades más efectivas y específicas para controlar la difusión de las enfermedades infecciosas emergentes¹⁰.

La importancia de los comportamientos personales como determinantes de la salud exige también la promoción de una investigación de salud pública, tanto para detectar cuáles son los factores modificables como para ensayar y evaluar nuevas intervenciones colectivas más efectivas, eficientes y seguras para limitar la exposición a factores de riesgo asociados al consumo de sustancias nocivas o a la exposición a circunstancias desfavorables.

La frustración de buena parte de los profesionales de la asistencia también proporciona elementos potencialmente aprovechables para establecer nuevas alianzas, siempre que se basen en una complicidad y en el compromiso común con la salud de la población, más allá de las descalificaciones y los anatemas con los que muchos pensadores de la salud pública han obsequiado a los clínicos.

Todo ello, sin embargo, no es abordable sin un cambio profundo de la práctica de la salud pública, basada en la competencia y en el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema sanitario.

La mejora de las competencias profesionales, de la formación y de la investiga-

ción en salud pública debe compartirse con una práctica en el terreno, más cercana a la población y, dado que ésta identifica el sistema asistencial con la sanidad, aprovechar la organización de la Atención Primaria de salud en zonas o áreas básicas que son unidades territoriales y demográficas definidas¹¹, para desarrollar una aproximación que integre los planteamientos individuales con los comunitarios. Unas posibilidades que apenas se han considerado¹², a pesar de que la orientación comunitaria de la Atención Primaria cuenta con cierta tradición internacional¹³ y ha sido formalmente asumida desde que la titulación de la especialidad médica correspondiente se denomina Medicina familiar y comunitaria.

La perspectiva de la población es, pues, básica a la hora de pensar en las estrategias más adecuadas, aun cuando respecto de algunas actividades, como las de protección de la salud alimentaria, la población protegida se refiera a los consumidores de los productos alimenticios, lo que explica que en una comarca catalana como la Segarra, con 18.000 habitantes, trabajen 15 veterinarios de salud pública, mientras que en la ciudad de Barcelona que cuenta con un millón y medio de vecinos, los efectivos disponibles sean 33¹⁴.

Es hora de que los múltiples estudios de salud pública sobre los problemas de

salud y sus determinantes se apliquen en la realidad cotidiana de los servicios de promoción y de protección de la salud colectivos, y que se aproximen a la atención desde donde se llevan a cabo la mayoría de las intervenciones que la población reconoce como sanitarias, las de la Atención Primaria. En este sentido resultan prometedoras algunas experiencias recientes como la del proyecto “Actuando Unidos para la Salud” (AUPA-Barceloneta)¹⁵. El desarrollo empírico junto con una evaluación continuada irá proporcionando pistas para una evolución más efectiva.

Agradecimientos

A Itziar Larizgoitia y a Fernando G. Benavides por sus precisiones y su complacencia, a Eduard Mata por sus aclaraciones y sugerencias y a Júlia Garrusta y a Marc Gil por sus consejos editoriales.

Bibliografía

1. OPS. La crisis de la salud pública. Washington: OPS/OMS, 1976.
2. Rosen G. A History of Public Health. (Expanded edition). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
3. Frenk J. The new public health. Annu Rev Public Health 1993;14:469-90.

4. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez LI. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit* 2003; 17 (Supl 3): 23-34.
5. 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.
6. Cid Ruzafa J, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. ¿Hacia una salud pública basada en la evidencia? *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 106-10.
7. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical Preventive Services. Disponible en la web de la Agency for Healthcare research and Quality: www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm
8. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Disponible en: www.ctfphc.org
9. International Union for Health promotion and Education. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
10. Segura A. Innovación y desarrollo de las medidas preventivas colectivas. *Debates de Salud Pública*. El País, 2 de marzo de 2004.
11. Martín Zurro A. Prevención y promoción de la salud en atención primaria. *Jano* 1995;49:361-2.
12. López Santiago A, Martín Moreno JM. Atención primaria y salud pública: la oportunidad para superar el desencuentro. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78:1-3.
13. Mullan F, Epstein L. Community-Oriented Primary Care: New relevance in a changing world. *AJPH* 2002;14:141-7.
14. Mata E. Agència Catalana de Seguretat Universitària. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Comunicació personal.
15. Segura A. El projecte AUPA Barceloneta (El CAP-Barceloneta/Servis Mèdics: 1993-2003). Barcelona: IES, monografies n.º 12, 2004.