

Relatos de Experiências

Políticas y prácticas de promoción de la salud en atención primaria en Catalunya

Policies and practices in health promotion in primary care, Catalunya

Políticas e práticas de promoção da saúde na atenção primária na Catalunya

Josep Lluís de Peray Baiges¹

INTRODUCCIÓN

El presente documento muestra las aportaciones del autor al proyecto de investigación “La política institucional a los procesos de cuidar: estudios comparados sobre las prácticas de promoción de salud en los Equipos del Programa de Salud de la Familia de Brasil y sus similares en Cuba, Canadá, España y México”.

Estas aportaciones tienen unos referentes que permiten contextualizar el estudio:

1.El primero fue la visita de una parte de los investigadores, Ana Valéria Machado Mendonça, Maria Fátima de Sousa e Clélia Maria Parreira de Souza, de

la Unidad de Estudios e Pesquisas de la Universidade de Brasilia a Cataluña. Esta visita y la posterior invitación a participar en el seminario “Políticas y prácticas de Promoción de la Salud en Atención Primaria” fueron las que, atendiendo a sus demandas, motivaron el proceso de reflexión para aportar las presentes consideraciones.

2.El segundo fue el proceso de revisión que se está llevando a cabo en Cataluña sobre la atención primaria de salud a partir de un proceso sistemático y que está dando origen al planteamiento del denominado Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Comunitaria.

3.El tercero es el proceso de reforma y modernización de los servicios de salud pública de acuerdo con la manifiesta necesidad de adecuarlos a las necesidades de los tiempos y que exige la formulación de un nuevo paradigma para la salud pública, que hay que recordar nuevamente que no es equivalente a los servicios públicos de salud, pero que forma parte de ellos y, en cierto sentido, los desborda.

¹ Coordinador para la creación de la Agencia de Salud Pública de Catalunya. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya (España).

Los referentes españoles pensamos que pueden tener una incidencia en El proyecto de investigación y nos parece pertinente presentar-las en el contexto de la evaluación y posterior toma de decisiones, tras 25 años de experiencia sobre la orientación tanto de los servicios de atención primaria como de salud pública en España.

Tres consideraciones adicionales:

1.Las reflexiones que se hacen los son desde la visión catalana. En efecto, como se verá más adelante el sistema nacional de salud en España es un sistema gestionado desde las comunidades autónomas (estados). En la gestión de este sistema el papel del estado central (estado federal) es bastante limitado y seguramente no porque no tenga un papel o una responsabilidad mayor. Lo cierto es que no ejerce un potencial liderazgo de política sanitaria. En cualquier caso, dada que la experiencia acumulada lo es desde el conocimiento del sistema de salud de Cataluña, la visión en el informe tiene este punto de vista: la de ser una visión del sistema de salud de Cataluña, que forma parte del sistema nacional de salud de España y con el que comparte muchos elementos pero que también presenta muchos elementos diferenciadores, tanto de carácter estructural, organizativo, funcional y en el que el peso de los antecedentes y los referentes sobre los que se fundamente son distintos en muchos casos. Por tanto, es posible que habrán muchos aspectos compartidos de las valoraciones que podrán hacerse extensivos a otras comunidades autónomas y, por tanto, al conjunto del sistema. Así las conclusiones deben leerse en clave de visión parcial, que pueden ser confirmadas, modificadas o rebatidas por ulteriores estudios que tuvieran perspectivas de análisis diferentes.

2.El autor tiene experiencia en dos ámbitos del sistema de salud, que son el de la atención primaria y el de la salud pública. Ambos tienen elementos conceptuales comunes y forman parte de lo que hemos llamado en llamar sistema público de salud.

3.La otra consideración está relacionada con la traslación. Como los lectores brasileños del estudio valorarán adecuadamente, las aportaciones se hacen en un contexto que socialmente, políticamente, económicamente tienen elementos sensiblemente diferentes. Aunque los supuestos esenciales sobre los que se articulan la construcción de los sistemas de salud en Brasil y en España comparten muchos elementos comunes, es cierto que tanto las estrategias como los desarrollos son diferentes porque los contextos lo son. Por tanto habrá que analizar con detalle cada aportación para poder valorar que contribución es o no relevante para poder ser considerada en otro entorno.

En cualquier caso, la sistemática de análisis que plantea el proyecto de investigación propuesto tiene los elementos suficientes para poder filtrar las aportaciones a tenor de las consideraciones previas.

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA (CATALUÑA)

El sistema de salud en España es un sistema nacional de salud, financiado por impuestos, por tanto de cobertura universal, con una cartera de servicios definida y gestionado por las comunidades autónomas (estados).

La financiación del sistema representa el 6 – 7 fidel Producto Interior Bruto, lo que otorga como inversión por persona y año una cantidad aproximada a 1.300€ por persona. Salvo en una parte de la prestación farmacéutica, para personas activas y en una gama extensa de especialidades farmacéuticas, no existen copagos. En cualquier caso, este copago representa aproximadamente el 10fidel total del gasto farmacéutico.

No hay una asignación libre de profesionales, de modo que los a los ciudadanos se les asigna un/a médico/a y un/a enfermero/a de atención primaria del centro de salud que corresponde por lugar de residencia del ciudadano/a. No obstante, en algunas circunstancias, puede darse un cambio de los profesionales de referencia. La organización de los mecanismos de referencia y contra referencia siguen los de los crecientes niveles de complejidad. De este modo la atención primaria, que tiene una capacidad resolutive muy alta, en ocasiones superior al 90%, dispone de atención especializada, una red de hospitales de creciente complejidad, de recursos de atención socio sanitaria, de salud mental, de atención a las drogodependencias, de transporte sanitario y otros.

La atención primaria de salud se construye de acuerdo a algunas características básicas que son la accesibilidad, la integralidad, la longitudinalidad y la coordinación.² Por accesibilidad se entiende la ausencia de barreras para acceder a la atención primaria. Comprende la accesibilidad física, horaria, económica, cultural y otras. Así, los centros de salud se encuentran en el centro de las zonas de salud en las que viven la población asignada y nunca están más lejos de 30 minutos, noramlmente extienden su actividad desde la 8 de la mañana a las 8 o 10 de la noche y muchos de ellos están abiertos las 24 horas y cuando no hay un punto de atención continuada. No hay intercambio monetario en el lugar de la dispensación del servicio, ni en los centros ni en los domicilios de los pacientes. El acceso a los servicios se hace mediante la obtención de la tarjeta individual de salud al alcance de todos los españoles mediante la presentación del documento de identidad y de un certificado de empadronamiento. También las personas que en España se encuentran en si-tuación documentalente irregular pero empadronadas, tienen acceso a los servicios de salud mediante la obtención de la tarjeta.

² Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy. Oxford University Press, USA. 1992.

La integralidad incluye la atención a los problemas de salud desde una perspectiva bio-psico-social así como una integración de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia a las enfermedades y otros problemas de salud y el acompañamiento de las enfermedades crónicas o discapacitantes y el proceso de morir. El conjunto de servicios a los que se tiene derecho está contenido en una cartera de servicios, definida por ley y con mecanismos para su actualización, de forma que es objetivo y no discrecional aquel conjunto de prestaciones que se ponen a disposición de los ciudadanos.

La longitudinalidad incluye el acompañamiento a las personas a lo largo de la vida, con diferentes niveles de cuidados y diferentes equipos funcionales del sistema y siempre dentro de la atención primaria: como la atención al embarazo y puerperio; el seguimiento de crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes; la atención a la salud afecivo, sexual y reproductiva; las actividades preventivas y de promoción de la salud por grupos de edad y para hombres y mujeres; y la atención a la población mayor. Algunos colectivos tienen programas de actuaciones específicos: los afectados por el VIH/SIDA, los drogodependientes y de otras adicciones, los afectados por la tuberculosis, las prisiones, la prostitución, la atención odontológica para personas con escasos recursos, la atención a los viajeros y a problemas de salud importados. La longitudinalidad incluye también la asistencia a lo largo del día con servicios ordinarios, con atención continuada, con atención telefónica, atención domiciliaria, atención a las urgencias y emergencias. Los dispositivos que garantizan estos servicios están ubicados y están formados por los recursos específicos de acuerdo con cada realidad socio demográfica. El elemento clave de la longitudinalidad es la historia clínica (prontuario) que en estos momentos está a punto de ser un elemento compartido por los diferentes proveedores de salud del sistema, de modo que todos podrán tener acceso, limitado según las circunstancias a ser introductores o lectores de la información contenida en ella.

La coordinación hace referencia a los mecanismos de relación entre los diversos componentes del sistema público de salud, mediante los cuales se pueden hacer efectivas las políticas públicas de salud. Esta coordinación incluye los elementos de continuidad asistencial así como otros relacionados con los “stakeholders” de la atención primaria.

Una vía alternativa de entrar en el sistema de salud, o de cortocircuitar el modelo organizativo, es la entrada por los servicios de urgencia o emergencia de los hospitales.

El sistema de salud está planificado, desde cada comunidad autónoma, a nivel de las infraestructuras y sus flujos a través del Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. También en relación con los problemas de salud prioritarios de la población a través del Pla de Salut. Estos orientan las políticas de los servicios y sus actividades,

puediendo determinar planes de servicios para los principales problemas y articular las funciones de aseguramiento y compra de servicios.

Es justamente esta función, que en Cataluña está desempeñada por el Servei Catatà de la Salut (CatSalut) la que permite por un lado constituir la red de proveedores de servicios de salud que ha de dar respuesta a las necesidades de la atención a los problemas de salud. Esta red la forman el conjunto de instituciones que proveen cuidados de salud, desde atención primaria de salud hasta la atención especializada. A través de los correspondientes contratos de compra de servicio a las instituciones y entidades acreditadas se establecen los niveles de actividad para la población cubierta y cuales son los criterios de calidad que deben reunir estas instituciones. Los elementos de contraprestación económica y el seguimiento y la evaluación contractual determinan la relación entre la función de aseguramiento y la de provisión.

La estructura de provisión alcanza a la casi totalidad de los establecimientos con capacidad de prestar atención a la salud. Todos deben estar debidamente acreditados y establecer los correspondientes acuerdos, que en el caso de Cataluña son contratos de compra de servicios de salud. La naturaleza jurídica de los mismos es poco relevante si los criterios con los cuales va a relacionarse con el resto del sistema y con los pacientes siguen los estandares, exigentes, que seguiría un establecimiento del sistema público. Las causas de esta opción en Cataluña fue debida fundamentalmente a la escasa existencia de establecimientos del sistema público de salud. La opción que se tomó fue la de hacer de los existentes, tras haber descartado la construcción de una estructura pública de salud, auténticos proveedores del sistema público de salud. Entre ellos puede encontrarse establecimientos filantrópicos, de la iglesia, de instituciones públicas, cooperativas de profesionales, organizaciones no gubernamentales, etc.

Esta variedad y complejidad de estructuras determinó modelos de gestión tanto de los propios establecimientos de salud como de la propia demanda pero que progresivamente han pasado a tener un modelo de prestación de servicios francamente reconocibles y característicos.

Finalmente decir que las funciones básicas del sistema nacional de salud que se han citado: rectoría, planificación, financiación; aseguramiento y compra; y provisión sedan en el conjunto de los ámbitos de responsabilidad del sistema público de salud, generalmente como funciones integradas en la misma organización y en otros casos, como es el caso de Cataluña con real separación de funciones y con organismos que las detentan.

PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Aunque el epígrafe habla de la promoción de la salud basada en la atención primaria, propongo en este apartado hacer algún comentario relacionado con la promoción de la salud también desde la perspectiva de los servicios de salud pública.

PROMOCIÓN DE LA SALUD BASADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El paradigma en el que se articuló la atención primaria de salud, cuando se produjo la reforma de los servicios públicos de salud de primera línea: la medicina de cabecera o el primer nivel de atención, fue el de la declaración de Alma-Ata (1978).³

La atención primaria de salud:

1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

³ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Encontrado en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

En España el sistema de salud era entonces un sistema de seguridad social, financiado por cuotas, al que tenían acceso los trabajadores y sus familias. El resto de personas no cubiertas por el sistema de salud lo eran mediante su inclusión en los padrones municipales de beneficencia, a través de seguros de salud privados o mediante el pago directo de sus bolsillos. En cualquier caso, y a la espera de lo que años más tarde (1985) constituyó la reforma de la atención primaria de salud,⁴ empezó a diseñarse este nivel de atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia curativa y la rehabilitación y acompañamiento a los procesos de salud crónicos.

Simultáneamente, se inició en aquellos mismos años el programa de formación especializada para los médicos/as del primer nivel de atención que era y es la especialidad de medicina familiar y comunitaria, sin la cual no se puede acceder a una plaza en el sistema de salud. La formación de postgrado, vía programa Médicos Internos y Residentes, tenía una duración de 3 años, actualmente ya son 4 años, y provee conocimientos en los campos de acción de la atención primaria y comunitaria para mejorar la capacidad resolutive, identificar precozmente los problemas de salud y establecer estrategias de promoción de la salud en el ámbito geográfico de la zona básica de salud, unidad territorial básica y poblacional en la que desarrolla sus tareas un equipo multidisciplinario, con diferentes roles, que es el Equipo de Atención Primaria.

La diplomatura de enfermería, actualmente en proceso de convertirse en una licenciatura, también evolucionó otorgando al conjunto del currículum 40% de toda la formación para la salud comunitaria.

En este contexto, las actividades de promoción de la salud se han desarrollado centradas en dos líneas de trabajo

⁴ Decret 84/1985, de 21 de marçó, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a atalunya.

Una es la del Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS),⁵ promovido por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Este programa creado inicialmente con la finalidad de incorporar sistemáticamente las actividades preventivas en la práctica de la atención primaria tiene los objetivos siguientes:

1. Estimular la calidad asistencial en los centros de atención primaria promoviendo la integración de un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de Atención Primaria.
2. Detectar las dificultades que genera su implantación así como identificar las necesidades de personal e infraestructura precisas para llevarlo a la práctica.
3. Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a la evidencia científica, datos demorbimortalidad, los recursos disponibles y los resultados de las evaluaciones de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria.
4. Promover la formación e investigación sobre la prevención en Atención Primaria, realizando proyectos específicos relacionados con el programa.

Con estos objetivos, las actividades del programa actúan fundamentalmente estimulando la incorporación de las actividades preventivas en la práctica de la atención primaria que cuentan con el aval de la evidencia. Pese al título del programa las actividades de promoción son escasas y ambas están basadas en estrategias individuales, sobre los pacientes atendidos. Las actividades de promoción están centradas en la alimentación saludable y el ejercicio físico. También algunas tendentes a promover la lactancia materna o elementos de salud mental. Al estar situadas en un contexto asistencial y sobre pacientes, muchos de ellos enfermos la eficacia es pequeña. Estas actividades, que nacieron de la sociedad científica dominante en la atención primaria fueron incorporadas a los objetivos institucionales de los gestores de los servicios del primer nivel de atención.

En el caso de Cataluña, muchos de estos objetivos, los más relevantes en relación con el Plan de Salud de Cataluña, han sido incluidos en el contrato de compra de servicios de Atención Primaria. De su evaluación y ulterior explotación conjunta con encuestas de salud se han podido obtener estimaciones de su impacto en la población a través de la estimación de las coberturas de las actividades preventivas.

⁵ <http://www.papps.org/>

Recientemente (2007) se ha publicado la evaluación del PAPPS⁶ y los resultados no son nada estimulantes. Estos, reconociendo el papel que el PAPPS ha jugado en la reforma de la atención primaria de salud, recomiendan promover cambios profundos en su diseño y organización.

Otros ejes del trabajo de la atención primaria que contienen elementos notables de promoción de la salud son los relacionados con las actividades comunitarias de la atención primaria. No olvidemos que en España, el nombre que recibe la especialidad del primer nivel de atención es Medicina Familiar y Comunitaria y que en esta formación existen contenidos de aprendizaje relacionados con esta orientación. Se pueden destacar tres grandes grupos de orientaciones en este sentido. Aquellas que hacen de la orientación comunitaria un distintivo de parte de sus actividades y servicios. Las que ven la atención primaria como un recurso comunitario puesto al servicio del desarrollo comunitario y las que realizan actividades de salud comunitaria como una parte más de su oferta de servicios. Cabe recordar que España es uno de los pocos países que tienen, en su estructura de los servicios de atención primaria, las mejores condiciones: trabajo en equipo multidisciplinario, población delimitada geográficamente, responsabilidad de su cuidado, condiciones de acceso óptimo y apoyo técnico posible. Es cierto que en los últimos años se ha producido un aumento muy notable de la población debido a la inmigración, que no ha sido seguido por reajuste de las plantillas de profesionales, ocasionando una presión asistencial de primer orden y quedando relegadas las actividades no estrictamente asistenciales.

La orientación comunitaria de la atención primaria ha incluido desde siempre un fuerte contenido hacia la promoción de la salud. Está desarrollada a partir de los principios de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), también conocida por su formulación en inglés Community Oriented Primary Care (COPC)⁷ Dispone de una amplia bibliografía y experiencia, que puede encontrarse en diversas webs.⁸

También la implicación de la atención primaria en los Planes Comunitarios o Planes de Desarrollo Comunitario de las comunidades, sean de la naturaleza y tamaño que sean, en las que trabaja es otra de las formas en las que se expresa la dimensión de la participación. En efecto, ciudades, barrios, zonas de salud u otro nivel de organización han emprendido planes de acción para mejorar determinados aspectos

⁶ Pérula de Torres LA, AlonsoS, Bauzá K et al. Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) en atención primaria. *Aten Primaria* 2007; 39 (Supl 3): 5 – 14. En: http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2007/5-14_evaluacion.pdf

⁷ www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200012&script=sci_arttext

⁸ www.apoc-copc.org/

relacionados con la calidad de vida y el bienestar de la comunidad en las que los dispositivos de salud se han articulado con el resto de sectores para realizar su aportación en un proceso global muy vinculado con la Agenda 21 Local. Estas actividades implican el análisis de situación con metodologías participativas, alta implicación comunitaria e institucional y desarrollo de los recursos, entre ellos los de salud en las actividades propuestas, así como evaluaciones participativas. Algunos observatorios describen y analizan estas realidades sociales, destaca entre ellos el Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS)⁹ Finalmente hay que mencionar los programas de salud comunitarios desarrollados desde la atención primaria de salud es otra de las formas en la que se expresa la integración de la promoción de la salud en la atención primaria. En España se articulan en torno al Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Este programa mantiene una red de actividades comunitarias que busca ser un punto de encuentro y enlace entre las diversas experiencias de actividades comunitarias. En Cataluña el nombre que recibe esta red es AUPA, un acrónimo de Actuant Units per a la Salut.

Estas tres formas principales de expresar el trabajo de promoción desde la atención primaria mantienen una vitalidad creciente en los últimos años. Llegan a identificarse en el 10% de los centros de salud. En estos puede observarse algún grado de implicación organizada en acciones de promoción de la salud desde la vertiente de la orientación comunitaria, sintiéndose parte implicada del proceso global.

Existen redes internacionales que trabajan en el desarrollo de estas orientaciones y señalaría al menos dos: Towards units for health (TUFH) y el Secretariado Europeo de Prácticas de Salud Comunitaria (SEPSAC).

PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

Cada vez más se va incorporando al pensamiento colectivo la noción de que el estado de salud de las personas y de las poblaciones está directamente relacionado con factores que se extienden más allá del ámbito de acción del sistema sanitario. Sin dejar de reconocer que la mayor parte del sistema de salud, especialmente la atención primaria de salud, cumple una función muy relevante, cuando la enfermedad está instalada en las personas, curando, cuidando, investigando e innovando sobre las enfermedades y los padecimientos crónicos, hace falta que exista en el propio sistema de salud una parte que extienda también su mirada hacia las causas de los problemas de salud y, aún más, hacia las causas de las causas. Esto significa desarrollar estrategias y

⁹ <http://www.cimas.eurosur.org/>

acciones que permitan actuar sobre los factores que determinan la salud y que están en las redes sociales, en las condiciones de trabajo, educación, vivienda, seguridad, además de la acción desde el propio sector sanitario. El reto es trabajar con los que tienen como responsabilidad principal estos ámbitos, por tanto desde una perspectiva intersectorial.

El conjunto de actividades y de servicios que realiza el sistema de salud en este sentido es lo que denominamos salud pública y que se define como el esfuerzo organizado para promover y proteger la salud y prevenir la enfermedad. Este conjunto de grandes funciones, de gran impacto social y a la vez oculto en general a la ciudadanía, está llamado a tener una dimensión muy relevante.

Una sociedad cada vez más informada y exigente hacia la acción de lo público va a exigir crecientes cuotas de autoresponsabilidad respecto de su propio estado de salud a través de un ejercicio responsable de sus actividades y conductas. Pero al mismo tiempo va a demandar cuotas crecientes de seguridad que generen confianza respecto del control eficaz de los riesgos para la salud. Pensemos en la potencial trascendencia para la salud de determinadas actividades de los operadores económicos, por ejemplo en la alimentación o en la contaminación del medio ambiente, o en los estilos de vida individuales que terminan condicionando un estado de salud colectivo o individual. Esta relevancia social, sin duda derivada del valor social otorgado a la salud y a la necesidad de verse libres de las amenazas a la misma, desde la perspectiva del modelo organizativo y, estrechamente dependiente, del esfuerzo inversor para disponer de unos servicios eficaces precisa de un debate que va en la línea de definir el modelo de servicios para afrontar esta realidad. No olvidemos que menos del 2% del presupuesto sanitario va dedicado a intervenir sobre el conjunto de determinantes sobre la salud que explican más del 75% del estado de salud individual y colectivo.

Los contenidos a abordar recorren los temas más candentes de una reforma de profundo alcance. Así, la agenda abordará el análisis de la situación y las tendencias de los procesos de reforma de los servicios de salud pública emprendidos en el mundo, en Europa y en España. También se tratará cuál ha de ser la naturaleza y los contenidos de los servicios de salud pública, el perfil profesional y los nuevos modelos de formación que han de permitir disponer de profesionales competentes en los retos del ejercicio de las nuevas actividades que den respuesta a las funciones de la salud pública. También va a prestarse atención al análisis de las experiencias innovadoras y concretas desarrolladas a partir del paradigma emergente de la salud pública, que expresan la incorporación de la dimensión de la salud en todas las políticas. Así los programas de intervención en las reformas integrales de los barrios o las actividades de salud pública realizadas con los operadores económicos, interviniendo sobre aspectos como la alimentación saludable, así como la emergente estrategia de la evaluación del impacto en la salud van a permitir analizar las dimensiones de la reforma desde referencias reales.

En definitiva, si las actividades de salud pública, con un alcance y visión tan amplio, son consideradas como una prestación del sistema de salud y que, por tanto, ha de ser provista con criterios de equidad a una población que raramente hace una demanda explícita de estos servicios, va a demandar primero una visión compartida y luego una profunda renovación de la estructura y funciones actuales de los servicios. Esta oportunidad, que por su propio contenido y naturaleza van a estar generalmente en el terreno de las responsabilidades de las administraciones públicas, es un desafío estimulante para quienes se ocupan de la salud pública en su empeño en contribuir a la mejora del estado de salud colectivo y de sus determinantes.

La propuestas de las reformas organizativas que permitan la creación de organizaciones proveedoras de servicios de salud pública es una oportunidad para permitir que la salud pública, particularmente la promoción de la salud, pueda expresar sus actividades y servicios como una prestación más del sistema de salud.

En este sentido la oportunidad de la creación en Cataluña de la Agencia de Salud Pública puede representar una oportunidad para la atención primaria. Por un lado puede permitir que los servicios asistenciales dispongan de una organización de apoyo. Por otro lado, la acción interdepartamental puede ser una magnífica opción de avanzar en los espacios en los que a la atención primaria, por diversas razones, no puede o no está en condiciones de hacerlo.

POLÍTICA DE PROMOCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La política de promoción en atención primaria está en revisión. Los escasos resultados logrados, de acuerdo con la estructura disponible, fuerzan a una re' exión profunda.

Con la intención de reformular la estrategia de atención primaria, se ha iniciado un proceso para analizar en profundidad y proponer nuevas estrategias que reorienten los servicios de atención primaria a través del denominado Plan de innovación de la atención primaria y salud comunitaria.

La visión de la atención primaria para el año 2010 en este plan es la de un nivel de atención centrado centrado en las necesidades de los pacientes y cercano a la población, con profesionales más reconocidos y más informados; más resolutive e integrador; con capacidad de respuesta a los problemas emergentes como la dependencia y el envejecimiento; más abierto, dinámico y ' exible; con aplicaciones de las tecnologías de la información y de la comunicación que haga más fácil los ' ujos de información y que generen conocimiento.

Este plan que busca situar a los profesionales como el centro del sistema se orienta acercar los cuidados a los ciudadanos siempre que sea posible. Busca desarrollar la salud comunitaria como la interfase entre la atención primaria y la salud pública. Con

una gestión eficiente de una demanda ajustada a las necesidades y a los recursos, desarrollando una atención domiciliaria que integre la atención primaria y la atención hospitalaria.

Con estos presupuestos no resulta fácil ver el papel de la promoción de la salud más allá del que se pueda prestar desde la atención individual.

MARCO CONCEPTUAL Y PRÁCTICAS EFECTIVAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los marcos conceptuales de la promoción de la salud tienen diversos referentes en nuestra realidad. Los primeros y determinantes en la configuración del sistema son: la Declaración de Alma-Ata, a la que no referimos con anterioridad y a la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, con sus últimas actualizaciones.

También son elementos de referencia el marco conceptual de los determinantes sociales de la enfermedad y más recientemente el de Salud en todas las políticas (Health in all policies).

En este último sentido la actuación sobre los principales determinantes de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Los factores determinantes de la salud pueden dividirse en las siguientes categorías: comportamiento y estilo de vida personal; influencias dentro de las comunidades que pueden reforzar la salud o dañarla; las condiciones de vida y de trabajo y el acceso a los servicios sanitarios; y las condiciones generales de tipo socio-económico, cultural y medioambiental.

En este sentido es necesario establecer que intervenciones efectivas pueden ser aplicadas para abordar los factores determinantes de la salud. En segundo lugar, promover y estimular los esfuerzos que mediante proyectos innovadores pueden convertirse en ejemplos de prácticas eficaces y que adecuadamente estudiados puedan generar nuevas evidencias de prácticas también efectivas

Dado que los factores socioeconómicos explican las variaciones de la situación de salud se tendrán en cuenta estos factores en todas las acciones que tengan por objeto un factor determinante de la salud relacionado con el estilo de vida. Las intervenciones han de tener objetivos que tomen en consideración los planteamientos del ciclo biológico, y en particular los problemas relacionados con el envejecimiento de la población, a la hora de abordar los factores determinantes de la salud. En este sentido, la evaluación del impacto en salud (Health impact assesment) de las diversas políticas puede constituirse en un elemento clave a la hora de desarrollarlas. Evidentemente, esta valoración debe hacerse por equipos especializados que valoren las distintas situaciones.