

## La salud comunitaria debe retomarse

Fernando Pérez Escanilla

Asesor de Salud Pública de la SEMG

Hasta el éxodo migratorio del siglo pasado, décadas del sesenta y setenta, en los pueblos residía el 75 % de la población española. En esa época, la salud pública, tanto en el mundo rural como en el urbano, era patrimonio casi exclusivo de los sanitarios locales. Las Jefaturas Provinciales de Sanidad se limitaban a marcar las directrices, pero la falta de comunicación y de medios hacía que casi siempre llegaran tarde. Ante los primeros casos de hepatitis A, en un pueblo, por ejemplo, el médico tenía que tomar la iniciativa en su control, si quería frenar su difusión y posterior epidemia. Existía un sistema de inspección que permitía a los facultativos sanitarios visitar anualmente todos los locales públicos y levantar acta de su estado sanitario. Aunque breve, exigía la existencia de alcatamientos, vitrinas protectoras, servicios de aseo, obradores, que se cumpliera la prohibición de separar los productos alimentarios de los de limpieza, etc. en donde se consideraba necesario. No siempre se observaba el mismo celo, en circunstancias similares, en los países del entorno. Ese modelo de inspección se extinguió con el RD 137/84 de estructuras básicas de salud y la puesta en marcha de los centros de salud. En ellos se permitía la integración de las actividades preventivas -de salud pública- y las asistenciales en las labores a desarrollar por los miembros del equipo de atención primaria.

Por otra parte, en 1978 nacía sin destino muy claro, pues se hablaba de centros comarcales y subcomarcales, la que después sería nuestra especialidad, la Medicina de Familia y Comunitaria, que en su nombre llevaba implícito la potenciación de la salud pública por su relación más directa con la población adscrita.

Si por un lado las funciones asistenciales se han visto reforzadas con la creación de los centros de salud, no es menos cierto que las funciones de salud pública no lo han sido tanto, a pesar de las buenas intenciones, por la escasez de recursos y propuestas claras de salud comunitaria. La salud pública se ha limitado al sumatorio de actos individuales (vacunación, educación sanitaria, diagnóstico precoz a veces, etc.), y de inspección sanitaria excepcional por la dilución de responsabilidades y falta de medios, entre otras razones. El diseño de la cartera de servicios del extinto INSALUD, hoy remozada en algunas comunidades autónomas, parecía un comienzo del desarrollo de la salud comunitaria que se desvanecía por la rigidez de la protocolización, y no siempre adecuación, al nivel de salud de nuestra zona.

Un clásico de nuestra medicina, como es el texto de *Piédrola*, afirma que la salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública. Introduce el importante capítulo de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen al óptimo estado de salud de sus integrantes. La medicina comunitaria es la medicina primaria, continúa el texto, y supone la prestación integrada de los servicios preventivos y asistenciales a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad. Incluye la investigación de factores ambientales, sociales y conductuales causantes de enfermedad, así como la promoción de su corrección. En el momento actual, se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables. La salud pública tiene que retomarse proponiendo objetivos claros en el control de las

enfermedades y determinantes de la salud, valorando las inquietudes sociales y su impacto sobre la salud.

Tenemos que concluir, por tanto, que con los modernos centros de salud se mejoró mucho la asistencia, pero se estructuraron poco las funciones de salud pública. Estas funciones, sólo después de algunas catástrofes ganaderas y las transferencias sanitarias, parecen estar cogiendo cartas de identidad con la creación de Direcciones de Salud en cada Área Sanitaria.

Por otro lado, cuando se quieren llevar a cabo estudios de investigación sociosanitarios, el conocimiento de la dinámica demográfica es básico para la planificación y programación sanitarias, por cuanto permite realizar estimaciones y proyecciones de la población en el futuro, toda vez que sus cambios posibles de tamaño y de estructura han de tenerse en cuenta para modificar y establecer prioridades entre las acciones de salud pública.

Parece evidente que la salud pública, y dentro de ella, la comunitaria, no han sido fáciles de definir, ni de aplicar. El no conocer realmente una cosa, en nuestro caso, el nivel de salud, nos lleva a una gran incertidumbre, donde las iniciativas y palos en ciego son la norma.

A nivel general, cuando hablamos de grandes números, población del Estado o Comunidad Autónoma, nos referimos a la salud pública, y cuando lo hacemos de pequeños números, hablamos de salud comunitaria, aunque ésta se incluya en la anterior. El área salud es la población transitoria, y dependiendo de qué desarrollo o características demográficas tenga su población, se podrá hacer más énfasis en la salud pública o en la salud comunitaria. Por tanto, la salud pública depende más de los servicios centrales, estatales o autonómicos, y la salud comunitaria, de los centros de salud. Ello no quiere decir que en las actividades de la primera no intervengan los profesionales de la segunda, y viceversa. El asesoramiento de unos a otros debe ser la norma. En definitiva, todo es salud pública, pues en función de los problemas de salud detectados, en uno y otro

campo, deben tomarse iniciativas de prevención y control de los mismos, con programas y actividades concretas.

Hay otro aspecto que no puede pasar desapercibido; me refiero a la facilidad con que se politizan las acciones de salud pública. Da igual que se trate de una campaña de prevención de tabaquismo, o de vacunación. En cambio, si se trata de curar una enfermedad a título individual, no hay política, todos están de acuerdo en salvar al enfermo o dar el pésame a la familia, si fuera necesario. Quizás algo tiene que ver la incertidumbre de la que antes se hablaba, pero en una y otra situación debe prevalecer la decisión científico-técnica, y desvincular posteriormente la eficiencia de la eficacia y efectividad.

En todo caso, cabría discutir por los políticos a cargo de quién, o en qué cantidad, corren los gastos, pero no la pertinencia de la actividad, que más bien debería estar ligada a la libertad –corresponsabilidad– del ciudadano. En la mente de todos está un claro ejemplo de lo expuesto.

Es más difícil que la salud pública practicada desde los centros de salud pueda ser manipulada políticamente que la de mayor escala, aunque cuente con muchos menos recursos. Por eso, desde este artículo tengo que animar a todos los médicos generales y de familia a que sean protagonistas de la prevención en su zona, porque es la verdadera salud pública: la salud comunitaria. En no pocas ocasiones tenemos que ver cómo debates íntimamente relacionados con nuestra práctica médica se llevan a cabo por otras especialidades que muy poco tienen que ver con la prevención. Voy a poner varios ejemplos.

Uno es el del síndrome metabólico: desde hace más de 80 años *"El Bañuelos"*, otro texto clásico, pero éste de la patología, hablaba de la asociación de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, de la obesidad abdominal, para resaltar la importancia de su prevención, y del riesgo que se cemia sobre quienes las sufrían; después se habló de *"triada maldita"*, y así hasta llegar al síndrome metabólico, que ahora se quiere negar por no

encontrar una etiopatogenia concreta por los super-especialistas; pero tendrá eso que ver algo con la importancia de controlar determinados factores de riesgo cardiovascular, que se sabe que si se juntan se exponencian y se convierten en *“la conspiración de la muerte”*. El diagnóstico de síndrome metabólico, o *“X”* como lo denominó Reaven, debe ser una acción prioritaria en las zonas de salud donde la mortalidad cardiovascular sea más elevada de lo esperado, porque nos estamos adelantando 8 ó 10 años en la intervención sobre las consecuencias de la aterosclerosis.

El otro ejemplo al que me quiero referir es el del

tabaco. ¿Cómo podemos permitir desde la atención primaria que el peso de la lucha antitabáquica lo lleven los que tratan sus consecuencias, cuando el mayor poder de persuasión y de efectividad lo tenemos nosotros, y no quien diagnostica un cáncer?

Para terminar, tenemos que explotar al máximo las nuevas tecnologías de uso frecuente, inocuas y de fácil manejo, desde la práctica general. Me estoy refiriendo a la informática y a la ecografía. Es mucho lo que ambas pueden aportar al médico general y de familia con el apoyo de la epidemiología y la estadística, para aumentar su certidumbre y el desarrollo de la salud comunitaria.