

Artículo especial

La reforma de la salud pública

Public health reform

Margarita Buades^a, Antoni Plasència^{b,*}, Elena Cabeza^a y José Luis De Peray^b^a Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears, España^b Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de marzo de 2009

Aceptado el 31 de marzo de 2009

On-line el 18 de junio de 2009

Resumen del encuentro

Este documento es un resumen ejecutivo de los principales contenidos que se presentaron y debatieron en el encuentro sobre la reforma de la salud pública que se celebró en la *Escola d'Estiu de Salut Pública*, en Maó (Menorca – Illes Balears), los días 22 y 23 de septiembre de 2008.

A este encuentro, organizado por la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears y la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, fueron invitados representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, los directores generales de salud pública de las 17 comunidades autónomas (CC.AA.) y de la ciudades de Ceuta y Melilla, el Director del Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas de la Organización Mundial de la Salud, algunos representantes de la administración local y expertos relacionados con los procesos de reforma de la salud pública que se están llevando a cabo en los últimos tiempos. Con el fin de agilizar los debates, se acordó restringir el número de participantes a 35.

El propósito del encuentro fue intercambiar información y experiencias entre las CC.AA. sobre los procesos de reforma de la salud pública iniciados o que se están planteando, debatir sobre las políticas que articulan dichas reformas, así como conocer y analizar las propuestas de los modelos de funcionamiento y organizativos basándose en experiencias concretas.

Recoger los principales contenidos del debate, huyendo de un resumen de lo presentado, es lo que pretende este documento. El contenido del programa se encuentra disponible por si puede ser de interés para algún lector¹. El encuentro no pretendió en ningún momento lograr un consenso entre los participantes. Por ello, la síntesis de las conclusiones es responsabilidad exclusiva de los organizadores y no representa necesariamente la transcripción literal de las intervenciones, ni tampoco la opinión de todos los asistentes.

1. Una de las claves de los procesos de reforma de la salud pública es el paso de las ideas a la acción. La dificultad para

dar dicho paso ha sido, sin duda, el principal escollo por el cual la reforma de la salud pública en España se está planteando tan tarde. Ninguna situación crítica de suficiente envergadura similar a la epidemia del SARS en Canadá o a la crisis de la encefalopatía espongiforme bovina del Reino Unido ha contribuido a acelerar una reforma estructural de la salud pública. Ésta es la misma que hace más de medio siglo, y los retos que afronta son los de un presente y un futuro que poco tienen que ver con los determinantes de la salud del pasado: la globalización, los problemas de salud emergentes, las dinámicas y la composición de las familias, el cambio climático, la internacionalización de la economía, la multiplicación de los riesgos para la salud, los estilos de vida y las conductas de las personas, los avances de la genética, la estructura y la organización de los servicios de salud, las tecnologías de la información y de la comunicación, la movilidad y la constitución de las poblaciones y de la estructura social, los patrones de comportamiento y de consumo, y los valores sociales y políticos, son algunos ejemplos de cómo las cosas han cambiado. Mientras, los servicios de salud pública se mantienen con elementos y modelos propios más del pasado que del momento actual.

2. Existe un contenido conceptual sólido sobre qué es la salud pública y cómo deben ser sus servicios, que representa realmente un cambio de paradigma, pero los procesos estratégicos, incluidas las decisiones políticas, que permitirían las reformas de la salud pública, son remisos a implantarse. Esta situación no sólo no gestiona las expectativas crecientes profesionales y sociales, sino que en la medida en que las decisiones se postergan, se producen frustraciones difíciles de manejar que generan nuevo y creciente escepticismo ante la acción dinamizadora de las ideas y las decisiones políticas. Reconvertir este ciclo requiere una fuerte dosis de valentía política, capacidad de liderazgo y energía reformadora.
3. Un marco conceptual basado en el modelo de los determinantes sociales de la salud debería guiar la perspectiva de las políticas y de los programas de salud pública. Además, debe haber una intensidad en la acción en el territorio, de forma que las políticas se expresen en el ámbito local y de forma próxima y manifiesta a la ciudadanía. La visibilidad de la acción de la salud pública, y por tanto su conocimiento y reconocimiento, es todavía una cuestión pendiente.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antoni.plasencia@gencat.cat (A. Plasència).

4. Las justificaciones basadas en la argumentación de la falta de evidencias sólidas, relacionadas con los beneficios de los procesos de reforma de la salud pública y de qué forma deben realizarse, constituyen un lastre difícil de seguir sosteniendo. Y no sólo porque muchas de las evidencias están en proceso de establecerse, sino porque el propio paradigma de establecer evidencias en materia de salud pública requiere superar el marco del ensayo clínico controlado, que es como se acostumbra a justificar la evidencia, o su falta. En la medida en que se vayan instaurando experiencias de reforma, de acuerdo con elementos de gestión y evidencias “en progreso”, podrá formularse un modelo progresivamente sólido. El reto es, por tanto, construir, gestionando lo más razonablemente posible la incertidumbre².
5. La reforma de la salud pública debería ir más allá de la mera reestructuración de los servicios de salud pública para que alcancen mayor solidez. Sería insuficiente reforzar los servicios de salud pública para hacer lo mismo que se ha hecho hasta ahora. El modelo que responsabiliza al individuo de los estilos o hábitos de vida que adopta es incompleto, ya que existen otros factores de índole social, más o menos estructurales, que los determinan, como son las condiciones de trabajo y de la vivienda y la influencia en la vida social y comunitaria, o la acción de los operadores económicos. Sin actuar sobre estos determinantes difícilmente podrá avanzarse hacia el logro del objetivo principal, que no es otro que mejorar la salud de la población de manera equitativa.
6. Los principales elementos sobre los cuales se construiría la reforma serían el liderazgo político, las buenas prácticas en salud pública en los momentos críticos e intercríticos, potenciar el papel de la intersectorialidad buscando complicidades y “parternariados” también fuera del sistema de salud, un adecuado *marketing* social y el *benchmarking*, sin olvidar el papel de las alianzas y la colaboración internacional.
7. Es importante que en el conjunto de las administraciones públicas se tome conciencia del impacto que las políticas no sanitarias (como la vivienda, el transporte, el urbanismo y el empleo, entre otros) tienen en la salud y en la equidad en salud. Para ello, la formación y la sensibilización en materia de determinantes de la salud es esencial, y es en salud pública donde se encuentran los profesionales con mayor preparación para extender dicha cultura.
8. En este sentido, *Salud en todas las políticas*³ es no sólo una idea, sino una estrategia necesaria para, conjuntamente con la *Evaluación del impacto en salud*^{4,5}, poder mostrar ejemplos reales de la aportación de los valores de la salud pública aplicados a casos concretos que permitan pasar las ideas a la práctica, y visualizar los métodos y las diferencias.
9. La integración del valor salud en las agendas de los otros sectores, especialmente en los que tienen responsabilidades sobre los determinantes de la salud, ha de hacerse con la intención de conocer y apropiarse también otros valores. Esta visión amplia y compartida ha de permitir que los otros sectores también hagan suyos valores de salud pública, a partir de la necesidad y la práctica de trabajar en el mundo real. Ceder o compartir el protagonismo debe permitir la demostración del rol y los valores de los otros, con quienes compartimos la acción.
10. Se requieren nuevas competencias y habilidades profesionales básicas en el ejercicio de la salud pública, especialmente las relacionadas con las técnicas de negociación y comunicación. En este sentido hay que aprovechar las oportunidades que ofrecen las crisis y las acciones conjuntas con los referentes de la salud pública. Los argumentos económicos y la búsqueda de las bolsas de eficiencia presentes en el conjunto pueden permitir despertar el interés de los decisores; sin olvidar el papel de la ciudadanía, que sólo se logra con la transferencia de conocimientos a la sociedad.
11. En cualquier caso, el modelo constructivo es de abajo arriba, pero sin menospreciar la función de las sociedades profesionales (p. ej., SESPAS), el *benchmarking* interautonómico, profundizar en el ejercicio de las competencias, y el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, buscando un liderazgo de la salud pública dentro del sector salud, no sólo en el terreno de los conocimientos sino también en el de la gestión.
12. Estas estrategias han de tener el común denominador de ser estrategias «ganar-ganar», buscando áreas de intereses y beneficios comunes (algunos ejemplos serían las políticas de prevención de accidentes de tráfico, los problemas de salud medioambientales, la salud laboral y la reducción de daños derivados del consumo de sustancias).
13. La participación de la sociedad civil y de sectores de ámbito privado en la elaboración de políticas sanitarias y no sanitarias hace que las decisiones sean más justas. Además, la implicación de la población a que va dirigida la política tiene un valor intrínseco porque produce por sí misma un impacto positivo en algunos determinantes sociales de la salud, como son el capital social (apoyo y redes sociales) y la autoestima individual y colectiva. La implicación del sector privado debe tenerse en cuenta para que actúe con responsabilidad, ya que supone una parte muy importante de las iniciativas en muchos sectores.
14. Los retos globales y las respuestas a las crisis han de considerarse como oportunidades para la modernización de los servicios de salud pública. Difícilmente se podrá ser eficaz con la actual organización de servicios. La capacidad resolutoria y la eficacia han de distinguir a los nuevos equipos de salud pública que surjan de los procesos de reforma que se inicien.
15. Los instrumentos normativos asociados, especialmente las leyes de salud pública, y también los decretos, tienen la ventaja de que establecen un escenario y marcan un camino. Los procesos de elaboración y consenso tienen la aparente desventaja de que consumen tiempo, pero permiten una pedagogía y generan la visión compartida de que han de ser considerados como un proceso global de reflexión de utilidad, ayudando a la gestión del cambio y al establecimiento de un modelo organizativo que responda eficazmente a los retos de la salud pública. Las preguntas están en la existencia y la gestión de 17 posibles futuras leyes de salud pública, la también futura ley estatal de salud pública y la normativa europea al respecto.
16. Los instrumentos normativos pueden poner fin a la resolución de los problemas de competencias de las administraciones en las dos interfases: la estatal-autonómica y la autonómica-local, buscando la eficacia y la eficiencia. A la vez puede resituarse la función de la gobernanza o de gobierno relacional, entendida como eficacia, calidad y buena orientación de la intervención de las administraciones, que les proporciona buena parte de su legitimidad.
17. Las normativas en el ámbito de la salud pública tendrían que contemplar los aspectos que se desprenden del nuevo derecho a la salud, derivados del reconocimiento de las actividades y servicios de salud pública como una prestación del sistema. Además de contemplar de forma integrada los determinantes (sociales) de la salud, la evolución del impacto en la salud y la lucha contra las desigualdades como ámbitos de acción preferente de la salud pública, la normativa en salud pública debe proponer una estructura de red de servicios basada en la efectividad y la eficiencia, con financiación suficiente e integradores de las principales líneas de provisión de la salud pública, y facilitadores de la cooperación con otros dispositi-

- vos del sistema de salud, especialmente los de atención primaria.
18. La concreción del conjunto de actividades y servicios a los que tiene derecho la ciudadanía queda recogida en la cartera de servicios de salud pública. Ésta contempla las líneas principales de actividades: protección de la salud, promoción y prevención, vigilancia de la salud pública, seguridad alimentaria y salud laboral.
 19. El ejercicio de la salud pública va a precisar profesionales con perfiles, competencias y habilidades que el sistema educativo y universitario no provee actualmente de manera adecuada. Son precisamente los profesionales de la salud pública los que harán el cambio y proyectarán la reforma de los servicios de salud. Los perfiles profesionales actuales, de múltiples procedencias, tienen la responsabilidad de ser precursores de los nuevos profesionales. Éstos han de proceder de un diálogo entre las administraciones, la academia y los servicios de salud pública. El proceso va a requerir tiempo, inversiones y dedicación.
 20. Las fortalezas del proceso van a provenir, entre otras, de las oportunidades que brinda el Espacio Europeo de Educación Superior (<http://www.eees.es/>) de la especialidad de medicina preventiva y salud pública, del CIBER de salud pública (<http://www.ciberesp.es/>), de las administraciones comprometidas en los procesos de reforma, de las sociedades científicas que

giran en la órbita de la salud pública, de los perfiles de competencias profesionales y de las revistas científicas.

21. La carrera profesional de salud pública, entendida como forma y derecho de desarrollo profesional de la misma manera que lo es en el conjunto de los profesionales del sistema de salud, particularmente en el modelo asistencial, debe reflejar el reconocimiento a los conocimientos, la experiencia y el cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios. Además, la carrera profesional debe cumplir con la función de atraer profesionales hacia la salud pública.

Bibliografía

1. Escuela de verano de salud pública. Maó, 2008. Programa del encuentro (22 y 23 de septiembre de 2008). Disponible en: <http://www.evsp.cime.es/Contingut.aspx=IDpub=1755>.
2. Maquiavelo N. «Todo innovador tiene como enemigos a cuantos el viejo orden beneficia y como tibios defensores a aquellos a quienes las nuevas leyes beneficiarían». El Príncipe (1513).
3. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, et al., editores. Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health. Finland, 2006. [Acceso el 29 de diciembre de 2008.] Disponible en: http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2.
4. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: European Centre for Health Policy; 1999.
5. Morgan RK. Health impact assessment: the wider context. Bull World Health Organ. 2003;81:390.