

Cambios en la salud pública: el papel del estado y de las autonomías. Informe SESPAS 2010

Andreu Segura Benedicto^{a,b,*} y Manuel Oñorbe de Torre^c

^a Área de Salud Pública de l'Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona, España

^b Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c Departamento de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de febrero de 2010

Aceptado el 14 de junio de 2010

On-line el 20 de octubre de 2010

Palabras clave:

Descentralización sanitaria

Cooperación entre administraciones

Papel de garante y papel de proveedor

Programa mínimo común

RESUMEN

Aunque las primeras competencias sanitarias transferidas a las comunidades autónomas fueron las de salud pública, la descentralización no se ha asociado a una renovación de la gestión de las actividades colectivas de promoción y protección de la salud, ni ha supuesto un aumento del peso de la salud pública en el sistema. Para llevar a cabo tal reforma es necesario que las administraciones responsables asuman los papeles que les corresponden: el de motor, liderazgo, referencia, coordinación y evaluación por parte del estado, y el de provisión de los servicios a la población, innovación y colaboración (entre ellas y con el estado) por parte de las autonomías. Las recientes iniciativas legales muestran cierta sensibilidad política que puede convertirse en una oportunidad, junto a las que proporciona la crisis económica, para acentuar el papel garante, en lugar de proveedor, del estado. La marginalidad de la salud pública puede facilitar, paradójicamente, los necesarios acuerdos políticos, aunque los intereses partidistas los dificulten. La influencia de las sociedades profesionales podría tener su importancia.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Changes in public health: the role of the state and the autonomous governments. SESPAS Report 2010

ABSTRACT

The first responsibilities in health passed on to the autonomous governments were those referring to public health. However, the decentralization process has not been accompanied by an updated management of the collective efforts to promote and protect health, or by a greater weight of public health within the system. To carry out such a reform, public health authorities and the central and autonomic administrations must assume their corresponding roles. The leading role should correspond to the central administration and includes the coordination and evaluation of the entire process, while the regional public health authorities should be in charge of providing public health services to the population, promoting innovations, and collaborating among themselves as well as with the central administration. Recent legal initiatives show some political sensitivity and may provide an opportunity, in addition to those provided by the economic crisis, to emphasize the role of guarantor rather than that of supplier for the state. Paradoxically, the marginality of public health could facilitate the necessary political agreements, even though party interests may be an obstacle. The influence of professional associations could be important.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Health system decentralization

Administrations cooperation

Guarantor and supplier role

Least common programme

Introducción

Si la salud pública realmente pretende aumentar su contribución a la mejora de la salud de la población, necesita una transformación sustancial¹. A pesar del notable potencial que se supone a la salud pública para promover y proteger la salud colectiva, pasar de la potencia al acto es otro cantar. ¿Cuáles son los cambios que se deben afrontar?

Según Villalbí et al², la salud pública debería asumir el liderazgo de la sanidad colectiva, acometer la profesionalización de los recursos humanos, modernizar los dispositivos de provisión de las prestaciones, mejorar su capacidad de respuesta a crisis y emergencias, y relacionarse más y mejor con el resto de los servicios sanitarios. Beaglehole et al³ proponían además el

abordaje transdisciplinario de los problemas de salud y establecer alianzas con la población.

Últimamente se ha destacado la dimensión de la salud en la acción de gobierno⁴, formulada por la iniciativa «salud en todas las políticas»⁵, que si se pretende aplicar necesita, entre otros elementos, que se introduzca la evaluación del impacto en la salud de las actividades humanas⁶. Un programa atractivo para que la salud pública adquiera protagonismo, aunque podría resultar una mera huida hacia delante si no se modifican y desarrollan los dispositivos propios, su organización y la apreciación de los recursos de que dispone la salud pública en la actualidad.

Y para ello necesitamos «fuertes dosis de valentía política, capacidad de liderazgo y energía reformadora», como señalaban recientemente Buades et al⁷, lo que nos remite a considerar el papel del estado y de las comunidades autónomas, porque las relaciones entre las distintas administraciones competentes (sin olvidarnos de las administraciones locales) constituyen por ellas mismas una variable de importancia, ¿dependiente, independiente o tal vez factor de confusión?

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andreu.segurab@gencat.cat (A. Segura Benedicto).

Punto clave

- Cada uno en su papel: para llevar a cabo la reforma que la salud pública requiere, la administración central debería liderar, coordinar, facilitar y supervisar, y las administraciones autonómicas y locales proveer las prestaciones a los ciudadanos, innovar y cooperar entre ellas y con el estado.
- Todos deben poder ganar: asumir tales responsabilidades debería resultar beneficioso para todas las administraciones, para la salud pública y para la población. Aunque las posibles ventajas de la colaboración son considerables, llevarla a la práctica requiere suficiente respaldo social y profesional que estimule el acuerdo político.
- Empezar por lo básico: analizar la estructura, la financiación, las prestaciones, las actividades, los productos, los resultados y los costes de los dispositivos españoles de salud pública, además de incrementar la transparencia en la gestión de los recursos públicos utilizados, permitiría detectar los aspectos que pueden mejorarse, facilitar el intercambio de experiencias y estimular las adaptaciones oportunas, y finalmente serviría para establecer una cartera común de prestaciones operativa y factible.

La situación actual

Entre 1979 y 1983, debido al reconocimiento constitucional de las competencias autonómicas de sanidad e higiene, se transfieren la salud pública y la planificación sanitaria. En 1984 comienza legalmente la reforma de la atención primaria, que curiosamente precede a la creación del sistema nacional de salud (SNS). Dado que la descentralización asistencial no culmina hasta 2002, durante algunos años trece comunidades autónomas han ejercido las competencias de salud pública y planificación sanitaria como principal responsabilidad sanitaria. Tal vez por eso en Valencia y Madrid se crearon redes de centros periféricos de salud pública.

Sin embargo, las competencias siguen siendo comunes: vigilancia epidemiológica, protección y promoción de la salud colectivas. En general, los dispositivos autonómicos se agrupan en un organismo administrativo, la dirección general correspondiente del departamento responsable de la sanidad, o una secretaría general, como es el caso de Andalucía, aunque en otras, como en la Comunidad de Madrid, están más dispersas. La dirección general de salud pública de la administración central (Ministerio de Sanidad y Política Social) incluye sanidad exterior, promoción de la salud y epidemiología, y sanidad ambiental y salud laboral como subdirecciones, además del centro de coordinación de alertas y emergencias, los planes de sida y hemoterapia, y el observatorio de salud y cambio climático.

Se trata de un organigrama en el cual no destaca la función coordinadora, mientras que la garantía de equidad del sistema corresponde a la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección, más interesada en la dimensión asistencial. Con la excepción de una primera aproximación al análisis de las estructuras autonómicas en 1999⁸, no se han publicado comparaciones de recursos, actividades y resultados en este ámbito, aun cuando haya diferencias en financiación, cobertura de prestaciones, grado de desarrollo de las actividades, articulación con el sistema asistencial (en general débil) y contribución a la planificación y el diseño de las políticas sanitarias.

En el terreno de las innovaciones destaca el intento de aumentar la autonomía de gestión de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, creada en 2003⁹, y de la Entidad Valenciana para la

Acción en Salud Pública, creada por la ley de salud pública de la comunidad valenciana¹⁰, que con la de Cataluña¹¹ son las dos iniciativas legales autonómicas vigentes. Ambas abordan la necesidad de una formulación operativa de la cartera de prestaciones, y en el caso de Cataluña un plan interdepartamental de salud que permita avanzar en la estrategia de salud en todas las políticas, iniciativa que recoge también el anteproyecto de ley de salud pública del gobierno central. En curso están las de Castilla-León, Extremadura, Andalucía, Islas Baleares y País Vasco.

Sin embargo, la descentralización no se ha asociado a una renovación de la gestión de las actividades colectivas de promoción y protección de la salud, ni a un incremento de su peso en el conjunto del sistema; insuficiencia que no puede, sin más, atribuirse a la descentralización misma¹². En cualquier caso, al tratarse de una opción política, el análisis de sus ventajas e inconvenientes debe centrarse en cómo se lleva a cabo, puesto que la decisión corresponde a la ciudadanía y a las fuerzas políticas. Si bien en el ámbito global de los sistemas sanitarios algunos estudios sugieren efectos positivos de la descentralización^{13,14}, otros apuntan la conveniencia de redefinir el papel del gobierno central para hacer más efectivas sus ventajas¹⁵.

La mayor parte de las responsabilidades y las acciones establecidas de coordinación y cooperación entre las administraciones públicas por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS¹⁶ afecta directamente a la salud pública y orienta sobre los contenidos a desarrollar de forma conjunta por la administración central y las autonómicas: prestaciones; formación, acreditación y desarrollo de la carrera profesional; investigación, sistemas de información sanitaria y calidad. Incluso se abordan las actuaciones coordinadas y la cooperación en materia de salud pública. No queda claro, sin embargo, cuál es el papel de cada uno. Y en cualquier caso se dispone de pocos instrumentos: la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial (CISNS) y los recursos propios de las administraciones. Pero más importante es la escasa prioridad política dada a la salud pública hasta ahora. Así, la reciente adscripción del Instituto de Salud Carlos III al Departamento de Ciencia e Innovación, objetivamente supone una limitación añadida, aunque no sepamos cuál ha sido la contribución de sus centros al desarrollo de la salud pública en general, y en particular a la construcción de un modelo cooperativo. La responsabilidad de esta insuficiencia corresponde, en mayor o menor grado, a todos.

El trabajo de la Comisión de Salud Pública del CISNS se pone a menudo como ejemplo de buen funcionamiento, aunque no se trate de un órgano colegiado y sus acuerdos no sean vinculantes. Esta percepción está condicionada por el funcionamiento general del Consejo¹⁷ y por la naturaleza técnica de buena parte de las cuestiones que aborda, a lo que probablemente contribuye también que muchos de sus componentes sean profesionales de la salud pública; sin embargo, esto no la exime de interferencias partidistas, sobre todo en situaciones que tienen gran repercusión ciudadana^{18,19}.

Para ilustrar la importancia de estas limitaciones vale la pena considerar la respuesta a la pandemia gripal. Algunas comunidades, como por ejemplo Castilla-La Mancha, habrían optado, dada la relativamente benigna evolución epidémica, por rebajar el grado de alerta, lo que en ejercicio de su responsabilidad sobre la salud pública de la comunidad era perfectamente factible. Sin embargo, como una decisión unilateral hubiera podido generar confusión, polémicas políticas y, en definitiva, acarrear consecuencias negativas, prefirieron no separarse del conjunto²⁰.

¿Un cambio o diecisiete?

Seguramente uno, y diecisiete. O casi. Hace falta un cambio general, compartido por todos, y cambios particulares, tanto en el

ámbito de la administración central como en el de las comunidades autónomas, que no tienen por qué ser idénticos, debido a la disparidad demográfica y hasta epidemiológica.

El primer cambio afecta a los papeles que debería desempeñar cada uno y a las reglas del juego para cooperar entre todos. Los cambios específicos afectan a la adaptación de los recursos de que finalmente disponga cada administración y a su capacidad de gestionarlos. La administración central debería liderar el proceso, algo que no se le discute, aunque el concepto se preste a ambigüedades más o menos interesadas. Debería actuar efectivamente como motor del desarrollo de la salud pública, como referencia y apoyo de las administraciones autonómicas y locales, que son las que tienen la responsabilidad de las actividades e intervenciones sobre la población; una referencia que proporcione orientaciones prácticas para corregir eventuales deficiencias y limitaciones en la calidad, la participación o la equidad.

Ello requiere, en primer lugar, un marco general y unos criterios de funcionamiento aceptados por todos. Esta iniciativa podría recuperar la futura ley de salud pública²¹, sobre todo en los aspectos de mayor calado, como las competencias respectivas, aunque no hace falta esperar a que se promulgue para empezar a dar algunos pasos que muestren una decidida voluntad de cumplir con el papel de motor, apoyo y referencia, y finalmente supervisión general. Por ejemplo, limitando la provisión directa de las actividades y prestaciones a la población, desde la seguridad alimentaria a las campañas de promoción de la salud y la prevención de enfermedades, a aquellas que las autonomías no pueden llevar a cabo con sus propios medios y, en cualquier caso, reducirlas al máximo; un planteamiento más de garante que de proveedor, ampliable a las actuales competencias exclusivas en el área de sanidad exterior y relaciones internacionales.

En la situación actual, para cambiar es imprescindible la activa colaboración de las comunidades autónomas, de manera que una iniciativa estatal que acelere la definición de una cartera mínima básica de prestaciones (más allá de las genéricas formulaciones actuales) supondría una ayuda tangible para mejorar la calidad y la equidad de los servicios efectivamente prestados a la población.

El análisis comparativo de la estructura, la financiación, las actividades, los productos y los resultados de todos los servicios de salud pública proporcionaría conocimientos para establecer un catálogo operativo y factible de prestaciones que, si se actualizara periódicamente, podría utilizarse en la evaluación, como ocurre en algún ámbito asistencial²². Esta iniciativa podría materializarse bien desde el centro de evaluación de políticas de salud pública que pretende crear la nueva ley estatal, bien desde una institución independiente en la cual las sociedades científicas y profesionales, y las diversas administraciones implicadas, pudieran colaborar.

También resultaría benéfica la utilización común de infraestructuras, un papel inicialmente previsto para los centros del mencionado Instituto de Salud Carlos III, tal vez mediante fórmulas de titularidad compartida que aprovechen los recursos existentes en las distintas administraciones.

Un factor decisivo para que las instituciones de la salud pública puedan funcionar adecuadamente son los recursos humanos, y sus actividades en los ámbitos de la investigación, la formación y la práctica. ¿Quiénes deben ser, qué competencias deben tener y cómo deben acreditarse los profesionales de la salud pública? Si hubiera una posición definida por parte de las autoridades de la salud pública, la Comisión de Recursos Humanos del SNS, habitualmente ajena a las singularidades de la salud pública, podría abordar mejor tales cuestiones. Afortunadamente, gracias a las aportaciones de los profesionales y de las sociedades en que se agrupan no partimos de cero²³⁻²⁵.

No sólo se trata de determinar las competencias, sino que debe proveerse de manera activa y racional la pluriprofesionalidad²⁶, y aprovechar el desarrollo de la troncalidad para establecer un eje

común de salud pública, capaz de albergar confortablemente las diversas especialidades y prácticas que implica, de modo que suponga un incremento del atractivo laboral del ejercicio de la salud pública y su reconocimiento en términos de prestigio y de retribución económica.

La información sobre la evolución de la salud y sus determinantes, así como del impacto en la salud de las actividades colectivas, es otro de los ámbitos en que la colaboración es imprescindible y puede producir beneficios para todos. Esta tarea también debe abordarse para cumplir con los compromisos internacionales y sería útil al conjunto del sistema sanitario, que dispone de pocos elementos para valorar el impacto poblacional de sus intervenciones, en particular en el ámbito de las desigualdades sociales en salud²⁷. De todos modos, son destacables algunas aportaciones, desde la epidemiología y la economía de la salud, a la investigación y la evaluación de los servicios sanitarios, como el atlas de variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud²⁸.

El fomento de la investigación es otro campo de colaboración estratégico. Una de las mejoras notorias de la salud pública española en los últimos años es, precisamente, el aumento de presencia internacional, lo cual se ha traducido en prestigio y reconocimiento que conviene aprovechar más en el ámbito de los servicios, incrementando la participación de sus profesionales en los grupos de investigación que agrupa el CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), y ello requiere propiciar fórmulas de colaboración adecuadas.

Los cambios que deben experimentar las administraciones autonómicas afectan a dos dimensiones fundamentales: la cooperación entre ellas y con la administración central, que requiere lealtad y confianza mutuas, y la modernización de sus dispositivos y procedimientos de gestión, proceso en parte iniciado y que la generalización de la reforma dinamizaría. Sin embargo, la responsabilidad autonómica principal es la provisión de las prestaciones de salud pública en sus territorios, cuya calidad depende mucho de la competencia y del compromiso de los profesionales, y de los recursos y procedimientos empleados, lo que implica innovar y, desde luego, no impide compartir experiencias.

Conclusiones

Conseguir que este programa mínimo básico sea un propósito asumible por quienes pueden adoptarlo requiere el convencimiento político de que es lo más conveniente para todos, porque todos ganan. Sin embargo, a veces interfieren la preeminencia del corto plazo y la preferencia por la derrota del adversario político. Paradójicamente, la habitual marginalidad de la salud pública en el sistema sanitario y en la agenda política tal vez podría facilitar los primeros pasos de una experiencia de colaboración que quizá podría ampliarse al conjunto del sistema sanitario.

Conviene visualizar, pues, las ventajas comunes derivadas de una salud pública más desarrollada y coordinada. Esta oportunidad la brindan las alertas y las crisis sanitarias, en las cuales resulta obvia la necesidad de unos dispositivos eficientes de vigilancia y de control, que deben aprovecharse para reforzar y mejorar las estructuras de la salud pública, de modo que aumente su impacto beneficioso, tanto sobre el sistema sanitario como sobre el conjunto de la población, donde las medidas preventivas deben ser pertinentes, proporcionadas y útiles. De forma complementaria, una adecuada influencia para limitar el consumo sanitario inapropiado, reducir la medicalización²⁹ y la iatrogenia³⁰, que son problemas mayores de salud en los países ricos, constituiría una relevante contribución frente a la crisis económica y, planteada lealmente como una intervención

preventiva, podría obtener un mayor respaldo popular que como recorte presupuestario.

El hecho de que muchos de los actuales responsables de la salud pública sean profesionales sanitarios puede favorecer tanto la reorientación y la viabilidad del sistema sanitario como el análisis de las oportunidades del papel respectivo de cada una de las administraciones. Pero conviene desarrollar alianzas, dentro del sistema sanitario y fuera de él, con los sectores objetivamente más interesados en la promoción de la salud comunitaria³¹.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

M. Oñorbe y A. Segura han reelaborado el guión del artículo a partir del encargo de los editores. A. Segura ha llevado a cabo una primera redacción, revisada por M. Oñorbe. La versión final es consecuencia de las sugerencias de los revisores, muchas de las cuales han adoptado conjuntamente los autores.

Conflicto de intereses

Los dos autores trabajan en administraciones sanitarias públicas.

Agradecimientos

Los autores agradecen las sugerencias de Manuel Escolano, que han mejorado el texto.

Bibliografía

- Artundo C, Rivadeneyra A. Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud en España. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):96–103.
- Villalbí JR, Aboal XL, González J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. Informe SESPAS 2002: 545–62. Disponible en: www.sespas.es.
- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet.* 2004;363:2084–6.
- Hernández-Aguado I, Parker LA. Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. En: Kickbusch I, editor. *Policy innovations for health.* New York: Springer Science; 2009. p. 23–66.
- Sthâl T, Wismar M, Ollila E, et al. *Health in all policies. Prospects and potentials.* Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2007.
- Bacigalupe A, Esnaola S, Calderón C, et al. La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias. *Gac Sanit.* 2009;23:62–6.
- Buades M, Plasencia A, Cabeza E, et al. La reforma de la salud pública. *Gac Sanit.* 2009;23:462–4.
- Segura A, Villalbí JR, Mata E, et al. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit.* 1999;13:218–25.
- Anónimo. Del Instituto Municipal a la Agencia de Salud Pública de Barcelona. [consultado 15/1/2010]. Disponible en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir2237/acnp543.htm.
- Ley de la comunidad autónoma de Valencia 4/2005, de 17 de junio, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Título IV. Entidad valenciana para la acción en salud pública.
- Ley de Salud Pública de Cataluña 18/2009 de 22 de octubre.
- López-Casasnovas G, Rico A. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? *Gac Sanit.* 2003;17:319–26.
- López-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the Spanish system of health care services. *Health Econ.* 2005;14: S221–35.
- López-Casasnovas G. Organizational innovations and health care decentralization: a perspective from Spain. *Health Econ Policy Law.* 2007;2:223–32.
- Repullo JR, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22(Supl 1):118–25.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. BOE 128: 20567–88.
- Editorial. El Consejo Interterritorial de Salud, algo debe cambiar. E-Ras 31 de marzo de 2009. [consultado 20/1/2010]. Disponible en: www.opinionras.com.
- Oñorbe de Torre M. Crisis sanitarias, primera parte. *Rev Adm Sanit.* 2006;4: 395–400.
- Gervas J, Hernández-Aguado I. Éxitos y fracasos de la gestión de las crisis de salud pública en España. *Gac Sanit.* 2009;23:67–71.
- Lamata F. Jornada sobre balance de una pandemia anunciada: la gripe Ar. Organización Médica Colegial. Madrid, 28 de abril de 2010.
- Urbanos R; en nombre del grupo de trabajo SEPSAS. Recomendaciones para una futura ley de salud pública en España. *Gac Sanit.* 2010;24:84–94.
- Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, et al. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria.* 2005;35:130–9.
- Benavides FG. El papel de los profesionales en la reforma de la salud pública. *Gac Sanit.* 2001;15(Supl 4):69–71.
- Benavides FG, Moya C, Segura A, et al. Competencias profesionales en salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20:239–43.
- Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, et al. ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el espacio europeo de educación superior. *Gac Sanit.* 2009;23:5–12.
- Ante la reforma de los programas de formación de los médicos internos y residentes. Declaración conjunta de SEPSAS, SEE y SEMPSPH. Disponible en: www.sespas.es.
- Borrell C, Artazcoz L, Pasarín MI, et al. Social inequalities in health and closing the gap in a generation. *J Public Health Policy.* 2009;30:189–94.
- Grupo VPM/SNS. VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud. [consultado 15/1/2010] Disponible en: www.atlasvpm.org.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2003;5:47–53.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *To err is human. Building a safer health system.* Committee on quality of health care in America. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2000.
- Pasarín M, Miller F, Segura A. Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria.* 2008;40: 115–7.