

---

## La coordinación en salud pública I

---

*Ramón Medina González-Redondo*

*Director Xeral de Saúde Pública da Xunta de Galicia*

---

### **Introducción: el Estado de las Autonomías**

Cuando se configuró en España el Estado de las Autonomías se hizo pensando en un objetivo: la mejora del desarrollo económico y social de toda la población, acercando los centros de decisión a la propia Comunidad. Tres décadas después de la aprobación de nuestra Carta Magna, podemos decir que este objetivo se está consiguiendo, la descentralización de competencias hacia las Comunidades Autónomas (CCAA) está mejorando el desarrollo político-social, la equidad y la eficiencia en la gestión de los recursos.

Este éxito político global se puso de manifiesto en múltiples sectores, entre los que se encuentra el sanitario y todos aquellos que, de una u otra forma, influyen sobre el proceso salud-enfermedad. Tras un complicado y lento período de transferencias sanitarias, que en la actualidad está práctica-

mente concluido, el derecho a la salud aparece mejor garantizado en la España actual que en la preautonómica. Asumiendo como premisa que la descentralización política que experimentó el Estado español es positiva e irreversible, se aborda el tema de la coordinación en salud pública.

Acercar los recursos a la Comunidad me parece altamente positivo y el hecho de transferir la responsabilidad de la gestión de los mismos es parte de ese mismo proceso, siendo el autogobierno la única forma de hacerlo realmente efectivo. Cuando la descentralización está bien hecha, el resultado tiende a la auto-responsabilización de una Comunidad, facilitando la adaptación de los recursos a las condiciones específicas de quienes reciben las competencias. Si la posterior coordinación es adecuada se enriquecerá el trasvase de experiencias entre Comunidades y contribuiremos a mejorar la eficiencia global del sistema.

También es cierto que en los procesos de descentralización se pueden cometer errores, con el riesgo de caer en una mera disgregación de competencias, perdiéndose posibles beneficios y generando una disminución de eficiencia por desorganización y pérdida de economías de escala. Las condiciones de las transferencias, la preparación de los receptores de las mismas y la posterior coordinación de las partes son factores que inciden sobre el pronóstico de forma decisiva. La correlación entre “empoderamiento” y coordinación constituye un determinante de éxito o fracaso en todo proceso de descentralización.

### **Marco de la coordinación en salud pública: ¿crisis de sostenibilidad?**

---

Para analizar el proceso de transferencias sanitarias desde la Administración central del Estado a las CCAA debemos tener en cuenta que, si bien es cierto que partimos de uno de los más eficientes sistemas de salud del mundo, en las últimas décadas se plantean dudas sobre su sostenibilidad. Las continuas mejoras en las técnicas de diagnóstico y tratamiento, los altos precios de las nuevas tecnologías y el envejecimiento de

la población son algunos de los factores que condicionan la aparición de planteamientos que demandan una reducción del gasto público y una limitación de las prestaciones.

A nadie se le escapa que detrás de estos planteamientos están, en buena medida, las intrigas de algunas multinacionales, interesadas en rescatar para el beneficio privado el enorme potencial de negocio que representa nuestra sanidad pública. La privatización directa de la sanidad es políticamente implantable en España (ningún partido que lo propusiese tendría futuro), pero el riesgo real de privatización estaría producido como consecuencia de un deterioro progresivo del sistema público de salud, lo que podría provocar que los sectores de población más pudientes contrataran masivamente pólizas privadas. Por este mecanismo podríamos llegar a una situación en la que convivieran en nuestro país una sanidad pública para pobres y otra privada para quien pueda pagarla, lo que, desde la perspectiva de la salud pública constituiría un importante retroceso para los niveles de salud de nuestra comunidad.

Por definición los recursos son limitados, por ello las prestaciones

deberán tener un límite, pero también debemos entender que el gasto sanitario más eficiente, justo y solidario es el público y que este gasto en España no llega a superar el gasto medio europeo. Limitar las prestaciones, decidir qué nuevas prestaciones debemos incorporar al catálogo parece lógico, pero ello no es sinónimo de reducir el gasto público; un incremento del mismo en salud, si se hace bien, puede constituir una auténtica inversión de alta rentabilidad social y económica.

El proceso de transferencias sanitarias a las CCAA se da en un período de crisis sobre la sostenibilidad del sistema sanitario, lo que condiciona planteamientos teóricos distintos que dificultan la necesaria coordinación.

Alguno de los factores determinantes de esta supuesta “crisis de sostenibilidad” puede relacionarse con una deficiente gestión de los recursos. Así, es frecuente olvidar que el sistema sanitario es solamente una parte del conjunto de sistemas que interactúan con el proceso salud-enfermedad, pretendiendo que sólo “lo sanitario” o incluso “lo médico” es capaz de producir salud, cuando sabemos que invertir en otros sectores, como el educativo, puede ser

altamente eficiente en términos de salud. Sin duda, este es un aspecto general que escapa de la competencia sanitaria, pero que siempre debemos tener presente.

Ya dentro del sector sanitario los errores más graves y frecuentes que se comenten lo son en relación con la asignación de recursos. Importantes sectores económicos consiguen presiones mediáticas que desplazan la asignación de recursos a posiciones ineficientes. Se introducen tecnologías no priorizadas que consumen recursos que deberían utilizarse en otros programas más eficientes. Nuestro sistema sanitario viene marginando de forma creciente las actividades y los programas de promoción y protección de la salud, que son los que consiguen la más alta eficiencia (en España las actividades curativas individuales gastan más del 95% del presupuesto sanitario).

La salud pública, que se centra en el desarrollo de programas y actividades comunitarios de promoción y protección de la salud, ha quedado en España en buena parte obsoleta, con un presupuesto marginal, con precariedad de recursos humanos y una estructura que responde al patrón de morbilidad de hace un siglo.

La población en nuestro país enferma, sufre y muere por causas distintas a las de entonces y nuestra estructura y recursos no se adaptan a las demandas sociales actuales.

Enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidentes, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, etc., son algunos de los más importantes problemas de salud de la actualidad. Todos ellos en buena medida ligados a la globalización o a estilos de vida insalubres, tales como una alimentación inadecuada, sedentarismo, creciente manipulación de alimentos, contaminación ambiental, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, etc. El sistema sanitario español está perfectamente preparado para extirpar un cáncer, para ofertar la radioterapia y quimioterapia adecuadas, para tratar un infarto cuando se llega a tiempo, incluso para hacer el necesario trasplante, para medicar a un paciente con EPOC o diabetes durante toda su vida, ¿pero está realmente preparado para prevenir esos desastres?, ¿tiene recursos adecuados para ello?, ¿está utilizando esos recursos eficientemente?

Es indudable que la crisis de la sanidad española se debe a la falta de

adaptación al conocimiento científico y a los nuevos retos que nos demanda la sociedad, tales como el fomento de estilos de vida saludables, la mejora del control de la seguridad alimentaria, el de la contaminación ambiental y protección frente a ella o la adaptación de la vigilancia y control epidemiológicos a los problemas y riesgos actuales de salud.

La mejora de los servicios de salud pública en nuestro país es una necesidad; con ello fortaleceríamos la equidad y mejoraríamos la eficiencia, contribuyendo a garantizar la sostenibilidad del sistema. Estamos por lo tanto ante lo que debe constituir una prioridad de Estado.

### **La coordinación en salud pública**

---

La coordinación en salud pública, siempre necesaria para mejorar, es hoy absolutamente imprescindible porque sufrimos una crisis de la que debemos salir fortalecidos, y porque vivimos en un mundo globalizado en lo económico y en lo ecológico.

Desde una perspectiva internacional, la representación de Estado debe ser unitaria, lo que se evidencia en la protección de la salud en el ámbito

del Reglamento Sanitario Internacional, en pandemias y epidemias. Pero además, la coordinación internacional es imprescindible para avanzar en procesos altamente globalizados, como en seguridad alimentaria y en la protección frente a los factores de riesgo ligados a la contaminación ambiental, factores que no entienden de fronteras internacionales y mucho menos intercomunitarias. La participación de las CCAA en Europa y en el concierto de las naciones debe estar garantizada por la Administración central del Estado, lo que requiere una coordinación previa.

Desde una perspectiva de Estado la coordinación es necesaria para lograr una homogeneidad que, respetando las características específicas de cada CA, logre los beneficios propios de una economía de escala. Es necesario trabajar para lograr un enriquecimiento desde la diversidad. Partiendo de situaciones diferentes, las CCAA plantean soluciones distintas, lo que puede suponer un cúmulo de experiencias de las que todos podemos adquirir enseñanzas. Desperdiciar esta oportunidad de enriquecimiento de nuestro sistema sanitario sería insensato, siendo la Administración central del Estado

quien, con ayuda de las CCAA, debe protagonizar la coordinación necesaria para que esto no ocurra.

Desde una perspectiva intersectorial, precisamos coordinarnos con otros sectores que inciden, en mayor o menor grado, en el proceso salud-enfermedad: educación, agricultura, pesca, consumo, deporte, servicios sociales, sectores de la alimentación, hostelería y ocio, administraciones locales, medios de comunicación... En ocasiones se requiere un esfuerzo especial desde la Administración central del Estado, tal es el caso de las relaciones entre la Dirección General de Salud Pública del Ministerio y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), o entre ésta y el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. En otras ocasiones son las CCAA las que tienen que coordinarse con todos los sectores con los que comparten tareas y responsabilidades.

He querido dejar para el final la perspectiva de coordinación más importante, próxima y difícil: la coordinación entre salud pública y asistencia sanitaria. El divorcio entre las actividades preventivas y curativas se perpetúa, lo que se evidencia de forma especial en el escaso compromiso

de la Atención Primaria de Salud (APS) con las actividades comunitarias de promoción y protección de la salud. La APS está acreditada para ejercer una atención integral de salud, atendiendo a los componentes físico, mental y social del proceso salud-enfermedad, con actividades de promoción, protección y recuperación, actuando sobre individuos, familias y comunidades, pero la realidad es que la presión asistencial dificulta el ejercicio de una atención integral. El distanciamiento es cada vez mayor, lo que genera un estado de frustración en muchos profesionales. Para implicar a la APS en las actividades comunitarias de promoción y protección de la salud se precisa desarrollar un modelo que aproxime las estructuras especializadas de administración sanitaria y salud pública a los equipos de APS, lo que requiere una importante transformación de las actuales estructuras de salud pública.

La coordinación en salud pública es imprescindible para la vigilancia y control de riesgos (enfermedades reemergentes, alimentos y medioambiente), para consensuar el catálogo de prestaciones y aquellos programas que se considere que deben ser unitarios en el ámbito estatal (calen-

dario unificado de vacunaciones), para trasvasar experiencias, para lograr la unificación de indicadores que nos permitan compararnos y así evaluar distintas alternativas, para buscar solución a problemas comunes, para compartir servicios, para lograr mensajes sanitarios que se potencien y para salir fortalecidos de la crisis.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la Comisión de Salud Pública de él dependiente son los órganos que deben dirigir un proceso de coordinación que se debe ejecutar desde el Ministerio. La AESAN debe ser tenida en cuenta ya que, aunque sus competencias estén incluidas en la mayoría de las CCAA dentro de las Direcciones Generales de salud pública, en otras y en el propio Ministerio tienen otra dependencia.

Conseguir una buena coordinación en salud pública es necesario y urgente. Para lograrlo considero que se deben dar tres condiciones:

1. Debate colectivo sobre las enormes ventajas que podemos obtener con una coordinación adecuada.

2. Respeto escrupuloso a la soberanía de las CCAA en las competencias transferidas.

**3. No perder la oportunidad de coordinar la salida conjunta de la crisis que nos afecta.**

En la actual salud pública española deberíamos centrarnos más en compartir experiencias y coordinar es-

fuerzos para mejorar resultados, que en resaltar diferencias para “vender que somos los mejores”. Compartimos una crisis de la que debemos salir fortalecidos; es nuestra responsabilidad frente a la sociedad.

