
La coordinación en salud pública II

Manuel Oñorbe de Torre

Equipo Editorial de la Revista de Administración Sanitaria

Introducción. De qué estamos hablando

Para poder tratar en este debate sobre la coordinación del sistema sanitario en España, del ámbito sectorial de la salud pública, necesitamos, como siempre que hablamos de salud pública, delimitar a qué nos estamos refiriendo. No es lo mismo que el sistema no esté coordinado o cohesionado en determinados programas de prevención de enfermedades cardiovasculares que se aplican de forma individualizada en la Atención Primaria, o de promoción de ciertos hábitos saludables, a que oferte la vacuna de la gripe o el screening de cáncer de cuello de útero a diferentes edades en Cataluña que en Castilla y León, o incluso a que en un lugar haya oferta y en otro no.

En lo que podemos llamar prestaciones del Sistema asistencial el problema no difiere porque las mismas sean actividades preventivas o cura-

tivas; es el carácter colectivo de las actividades de salud pública lo que las coloca en una situación de mayor visibilidad cuando las diferencias entre territorios son ostensibles. Es decir, se nota más que una vacuna se ponga a unos niños en una Comunidad Autónoma y en otra no a que determinada prestación asistencial esté en un sitio y no en otro, porque aunque afecte a toda la población se accede a ella individualmente.

Otro tema diferente, y que probablemente es en el que más se piensa al hablar de descoordinación, es el referido a la parte de la salud pública que afecta a episodios colectivos agudos, alertas o emergencias de salud pública. Es en esta área donde parece que se dirige el discurso de que la salud pública no se debía haber transferido, porque los temas que la competen son de carácter global, que exigen soluciones también globales, porque los virus no conocen de fron-

teras, etc. Incluso hay quien ha hablado de retrotransferencias después de algunas alarmas como la gripe aviar. Alguna polémica, como las discrepancias en los calendarios oficiales de vacunaciones, ha alimentado estas opiniones.

Es importante hablar también de la vigilancia y de la información sanitaria, otro tema de gran relevancia para el desarrollo de las redes de salud pública, que son las que más están sufriendo la situación debido principalmente al apagón que existe en estos momentos en el intercambio de información epidemiológica, justificado por los responsables en las Comunidades por un lado porque son datos de interés sólo de la Comunidad que debe actuar, y por la utilización política en ocasiones de esos datos y de la propia salud pública. Mientras un caso de legionelosis o una intoxicación alimentaria sean usados políticamente va a ser difícil que se mantenga informado de los problemas epidemiológicos con rapidez al resto del Sistema Nacional de Salud, se pida ayuda o se reconozca ningún tipo de fallo. Solamente un pacto de no agresión epidemiológica entre las fuerzas políticas permitiría que esta información fluyese rápidamente

mente y ayudase al control en otros sitios, pero la frontera entre la crítica y el control de la administración y la utilización política es tan difícil de establecer, que no parece viable la propuesta.

Por otro lado, hay que señalar que no estamos ante un problema derivado del desarrollo de nuestro Estado de las Autonomías, siempre ha sido así y lo es también en el ámbito internacional. Baste recordar, por ejemplo, la crisis del polonio en Inglaterra o el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo) en China.

Situación actual del problema de gobernabilidad del sistema.

Algunos ejemplos

Con estas premisas podemos decir que la gobernabilidad del sistema sanitario, en lo que se refiere a salud pública, es difícil, y en ocasiones ha sido imposible tomar algunas decisiones que afecten a toda la población española, o por el contrario impedir que se tomen otras que sólo benefician, si es que lo hacen, a un grupo de personas de una determinada Comunidad Autónoma.

Algunos ejemplos de esto en los últimos años serían la compra del

tamiflú para la posible pandemia de gripe aviar, la introducción de la vacuna antineumocócica unilateralmente por parte de una Comunidad Autónoma, la aplicación de la Ley del tabaco o la trasposición de la directiva de aguas de baño. En estos casos el consenso, la unanimidad, sólo se ha dado en temas en que todos tenían el problema y no era factible, principalmente frente a la opinión pública, tomar una decisión unilateral; es el caso de la compra de antivirales en plena crisis mediática de la gripe aviar en octubre de 2005, en la que pudo lograrse el acuerdo por la necesidad imperiosa del mismo, por la alarma provocada y por la situación internacional. El no poder políticamente quedarse fuera hizo el resto, a pesar de que incluso en este caso hubo Comunidades Autónomas que querían comprar más y otras que compraron a regañadientes y afirmando que de forma forzada.

Otro de los ejemplos son las vacunas, tema recurrente y quizás el más comprensible, en el que la situación siempre es similar; aparece una vacuna que se empieza a vender en los medios científicos y paracientíficos. Colectivos profesionales más o menos motivados van creando opinión y al-

guna Comunidad empieza a plantear la necesidad de dar un paso adelante. Se intenta parar la decisión unilateral, a veces se logra y a veces no. Siempre suele haber estudios más o menos fiables y más o menos contradictorios sobre la necesidad de incorporar una vacuna al calendario de vacunaciones, quizás los casos del meningococo C, del *Haemophilus* y del neumococo han sido los más llamativos.

¿Realmente alguien se puede creer que los estudios epidemiológicos indican que los niños de El Escorial o Parla, en Madrid, deben ser vacunados de cosas distintas que los niños de Segovia o de Toledo? Si los estudios epidemiológicos dicen eso creo que hay que revisar la metodología de los mismos.

Qué hacer. Hablemos claro

La salud pública se ha beneficiado, y eso lo he afirmado en otros foros, de haber sido transferida previamente a la asistencia y este hecho le ha permitido (limitadamente) poder dotarse de recursos antes de que el día a día de esa asistencia le mande al lugar marginal en que suele estar, excepción hecha de los períodos de crisis.

Pero también el haber sido transferida tempranamente y sin otras áreas ha hecho que se haya transformado en un tema competencial preferente sobre el que se ha trabajado técnica y políticamente en las Comunidades Autónomas, suponiendo un elemento de identidad importante.

Si como en uno de los editoriales de este debate de la RAS se dice, hoy es impensable cualquier planteamiento de cesión competencial al Estado, las propuestas hay que hacerlas sobre estas realidades, sobre las cosas como son y no como pensamos que deberían estar.

Dejando aparte el tema de las crisis y emergencias de la salud pública que abordaremos luego, enumeremos algunas propuestas:

La primera propuesta, probablemente la más lógica pero puede que no la más real, sería la del pacto de Estado, la de un acuerdo entre Comunidades para garantizar el acceso a las prestaciones colectivas de salud pública del sistema de una forma equitativa e igualitaria por Comunidades Autónomas. Esta opción es la que se viene trabajando desde antiguo con resultados cuando menos exiguos.

Una segunda propuesta sería la de un funcionamiento parecido al de la

Unión Europea. Si realmente Madrid puede poner una vacuna nueva que no ponga Castilla La Mancha y no se puede hacer nada, hay que conseguir que su interpretación sea similar a la que se hace cuando Portugal implementa una medida X y Extremadura o Castilla León no. El absurdo epidemiológico o la lógica política puede ser la misma entre dos ciudades fronterizas que entre dos ciudades próximas de Madrid y Castilla. Cuando la importancia del asunto lo requiera habrá que llegar a acuerdos de "directivas" de obligado cumplimiento.

En el caso de las prestaciones de prevención y promoción las posibles alternativas creo que son comunes con las prestaciones asistenciales que se están debatiendo en este foro, y cuyas conclusiones habrán de ser también para la salud pública.

Tema diferente, como ya se ha señalado, son las crisis y emergencias de salud pública, en las que la coordinación le interesa a todas las partes y es más fácil llegar a acuerdos necesarios para poder transmitir a los ciudadanos que se está trabajando en conjunto y sin protagonismos. Este es uno de los principales motivos de que la Comisión de Salud Pública sea la sectorial que mejor ha funcionado his-

tóricamente. También el espíritu de grupo y de tema de los sanitarios o salubristas, por su propia responsabilidad y profesionalidad y por su necesidad de ser un conjunto y precisar apoyo en un oficio tan ingrato. En estos temas de emergencias y crisis la experiencia nos ha venido demostrando que el trabajo continuado, la honestidad de los planteamientos y la transparencia son fundamentales a la hora de buscar los acuerdos. En las crisis siempre hay que tener presente que junto a un trabajo técnico impecable, hay que dedicar mucho, mucho tiempo y esfuerzo a la relación con los medios de comunicación y con la ciudadanía, y hay que saber que la política, la utilización política en algunos casos, estará presente si la crisis alcanza altas cotas.

Una última propuesta que se ha planteado para resolver algún problema en crisis es sacar a relucir la Ley Orgánica de medidas especiales

de salud pública, que no se ha aplicado nunca y que dudo que se vaya a aplicar. Solamente en un gravísimo caso de peligro real puede pensarse que se adoptase una decisión de este tipo, que no supondría más que un episodio puntual, pero que en nada mejoraría estructuralmente la coordinación de la salud pública.

En conclusión, y resumiendo la exposición, la coordinación en salud pública la planteamos en tres áreas: prestaciones individuales, prestaciones colectivas y crisis y emergencias.

Respecto a las primeras, su abordaje ha de ser el mismo que las prestaciones asistenciales, si bien con sus propias peculiaridades; respecto a las segundas, solamente un pacto de Estado de alto o de bajo perfil es el camino; en cuanto a las crisis, es más fácil la coordinación, pero mucho más difícil su solución y los problemas o agresiones están más presentes.

Tienen ustedes la voz y la palabra.

