

El papel de los profesionales en la reforma de la salud pública

F.G. Benavides

Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Correspondencia: Dr. F.G. Benavides. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Dr. Aiguader, 80. 08003 Barcelona. Correo electrónico: fernando.benavides@cexs.upf.es

Estoy de acuerdo con la afirmación que expresan De la Puente y Manzanera¹ de que la mejora de las competencias profesionales es una condición para abordar la reforma de la salud pública. La definición de las competencias profesionales y la adecuada formación para adquirirlas posiblemente sean los dos asuntos más acuciantes –junto con la reorganización de la estructura que se propone– que plantea el futuro de la salud pública como institución en nuestro país. La escasa *profesionalización* alcanzada es uno de los problemas y, por tanto, de los retos que tenemos por delante, como ha señalado Villalbí en el último informe SESPAS².

La reorganización de las actividades de salud pública, tanto desde el punto de vista de su integración territorial como desde su coordinación institucional, puede contribuir a hacer más efectivo y visible el trabajo de la salud pública, lo que es una tarea urgente, (urgentísima) después de la dilución, no sé si por el éxito³ (que deriva del latín *exitus*), producida en estos últimos años en la organización territorial e institucional de la salud pública en Cataluña. La reorganización propuesta debe ir más allá de la alianza con la atención primaria, que con ser importante tiene un impacto limitado, como han revisado Segura y Martín Zurro⁴, y junto a los ayuntamientos, como se propone, hay que añadir otras administraciones como la de medio ambiente, trabajo, educación, agricultura, etc., sin cuya colaboración será imposible desarrollar, entre otras, las actividades de protección a la salud, que son las más específicas de la salud pública.

Pero incluso ello sería insuficiente, me atrevo a afirmar, si en esa organización reformada no hubiera profesionales capaces de desempeñar sus funciones de manera efectiva, incluso si ese 1% que dedicamos a actividades de salud pública del gasto sanitario total se incrementara. De hecho ya es mayor, si admitimos que las actividades de salud pública no son solamente las que lleva a cabo un servicio de salud pública, tal como reclaman De la Puente y Manzanera. Y, sin embargo, eso a lo que llamamos salud pública no funciona de la

manera que deseamos, si no no estaríamos aquí escribiendo y reflexionando en voz alta sobre la crisis de la salud pública.

El desarrollo profesional en salud pública está incompleto. Basta mirar a nuestro alrededor a los colegas de otras profesiones: ingenieros, abogados, incluso sociólogos, por citar un ejemplo de profesión diversificada, para comprobar que la profesión de salud pública apenas si existe. Bien es verdad que hay médicos que hacen salud pública (y medicina preventiva), economistas de la salud (y de la gestión sanitaria), estadísticos (y médicos) epidemiólogos y sociólogos (interesados en) de la salud, y un largo etcétera. Pero parece que cuesta dejar esas identidades fuertes, ser médico, economista, estadístico, entre otros, para identificarse con otra realidad algo diferente de la primera: ser salubrista; incluso sabiendo que no es obligatorio renegar de la originaria. Al contrario, ya lo sabemos por otras identidades. Pero bien puede vivirse como una traición o, más bien, con miedo a la pérdida de la seguridad que da la primigenia (la madre).

También es posible que no sepamos hacer atractiva esta profesión. Bien porque hay pocos recursos, porque está dispersa entre una enorme variedad de instituciones (sanitaria, trabajo, medio ambiente, etc.), o demasiado próxima a la política (con sus hipotecas) y lejos de las personas concretas, bien por todas estas razones y otras que podamos encontrar y que son igualmente reales⁵. En cualquier caso no hay una identidad profesional de salud pública. ¿Qué es la salud pública?, ¿qué hace la salud pública? son preguntas esencialistas que se hacen en el artículo especial que comento y que confirman esta afirmación. El orgullo, la satisfacción si se quiere, de pertenencia no existe en esta profesión, y sin embargo es una condición necesaria para la reforma que se propone. Hacer crecer la conciencia de pertenencia a una profesión llamada salud pública es una de las tareas que tenemos por delante.

No hablo de una identidad monolítica, corporativa, excluyente, sino todo lo contrario. Aunque ese peligro siempre está, estará, ahí. Una identidad rica y diversa

capaz de ser útil a la sociedad desarrollando todas las funciones y actividades que identifican De la Puente y Manzanera en su artículo y que responden a necesidades reales, no ficticias, de la sociedad. Posiblemente hemos de seguir trabajando para precisar algo más la relación de servicios que proponen, y su relación con las funciones, para llegar a definir con más detalle una cartera de servicios de salud pública completa, como la que apuntan Mata y Segura⁶, pero es un buen comienzo para construir esta identidad. Conocer lo que se espera que hagamos, bien, lo que nos diferencia de los otros y nos da especificidad, es la base de esa identidad profesional que necesitamos.

Pero con ser importante, elemental, esta especificidad no es suficiente como señala Oriol⁷. Hacen falta otros elementos, según nos indica, pues de otro modo no pasaríamos de tener una ocupación, un digno puesto de trabajo, pero no una profesión. Para que una ocupación sea considerada una profesión es necesario, en primer lugar, haber adquirido estas competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) específicas mediante un proceso formalizado, normalmente en la institución universitaria, que garantice la excelencia e interiorice esa conciencia. En segundo lugar, que la sociedad perciba que se puede confiar en esa profesión, pues sus profesionales actúan en beneficio de la sociedad, no en beneficio propio, de acuerdo a un código ético. En la medida que se dan estas dos condiciones, excelencia y confianza, la sociedad y el Estado reconocen la autonomía del profesional y el monopolio en el ejercicio de su actividad. Una credibilidad que el profesional ha de renovar continuamente ante la sociedad, mediante el cumplimiento de un pacto explícito. La crisis actual de algunas profesiones, por ejemplo la medicina, es en gran medida resultado del incumplimiento de este pacto, lo que tiene como resultado una disminución de la autonomía profesional⁸.

Esta cuestión, la autonomía profesional, es clave en salud pública, dada su proximidad con la política (que sigue en su quehacer otra lógica), a la que también hemos de respetar su autonomía (y su lógica). No confundiendo con la autoridad sanitaria, en discrepancia con el artículo de De la Puente y Manzanera, como una función del profesional de salud pública, ya que es una función del político que es el que está legitimado,

democráticamente, para tomar las decisiones. Las crisis sanitarias más recientes, por no remontarnos a la intoxicación por el aceite de colza adulterado, han puesto a prueba precisamente esta falta de autonomía de la salud pública, en parte por la intromisión de la política, pero en parte también por la escasa confianza en la salud pública⁹.

Estamos, pues, ante una encrucijada, con varias opciones posibles, no necesariamente excluyentes, aunque inicialmente pueda parecerlo. La reorganización de la estructura, como proponen De la Puente y Manzanera, es una de ellas. La definición de las competencias profesionales comunes que debe tener todo profesional, independientemente del ámbito territorial e institucional donde las desarrolle, es otra opción. Tarea que corresponde a las organizaciones profesionales y que ya se ha iniciado¹⁰.

Queda, por último, la formalización del proceso por el cual se adquieren estas competencias. Desde los años veinte, con las oportunas adaptaciones, las instituciones donde tiene lugar el proceso de aprendizaje para adquirir las competencias en salud pública han sido las Escuelas de Salud Pública¹¹. Sin embargo, entre nosotros, las vías de formación han sido diversas (vía MIR, máster en Escuelas de Salud Pública españolas o extranjeras, doctorados, escuelas de negocios, etc.) y en la mayoría de las ocasiones informales (a través de la experiencia profesional en un puesto de trabajo relacionado con la salud pública). Las casi 2.500 solicitudes de licenciados en medicina para acceder al título de especialistas en medicina preventiva y salud pública, de acuerdo a la normativa conocida como MESTOS, es un ejemplo de esta situación tan heterogénea. Dar coherencia a este proceso, con la vía MIR para la formación de los médicos de salud pública, con las adaptaciones que se consideren oportunas, y otra vía para los no médicos, requerirá de nuestra atención en los próximos años.

Agradecimientos

Este texto se ha enriquecido de la corrección de estilo y, sobre todo, de la inspiración de Andreu Segura.

Bibliografía

1. De la Puente ML, Manzanera R, Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña. Propuesta marco de reorganización de la salud pública en Cataluña. *Gac Sanit* 2001; 15 (Suppl 3):56-67.
2. Villalbí JR. Los servicios de salud pública. Borrador en línea del Informe SESPAS 2002. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002. Disponible en: www.sespas.es.
3. Segura A, Benavides FG. Presentación. En: Competencias profesionales en salud pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya/Institut d'Estudis de la Salut, 2000.
4. Segura A, Martín Zurro A. Prevención en la práctica clínica desde la perspectiva de la salud pública y la atención primaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín-Moreno JM, Millán J, Gené J, editores. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998; p. 575-91.

5. Álvarez-Dardet C. La salud pública, el estado y la medicina: ¿amistades peligrosas? En: Competencias profesionales en salud pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya/Institut d'Estudis de la Salut; 2000, p. 57-65.
 6. Mata E, Segura A. Cartera de serveis de salut, pública (mimeo).
 7. Oriol A. Reflexions sobre el professionalisme. Documento en línea. Disponible en: www.iesalut.es
 8. Oriol A. Crisi del professionalisme o la solució per la crisi. Documento en línea. Disponible en: www.iesalut.es.
 9. Segura A. Salud pública, política y administración: ¿rehenes o cómplices? Gac Sanit 2002 [en prensa].
 10. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. Las competencias profesionales en Salud Pública. Menorca, 2001 (mimeo).
 11. Segura A, Villalbí JR, Costa J, Canela J. Formació en salut pública i administració sanitària. Llibre de Ponències. Lleida: XV Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana, 1996; p. 281-90.
-