

Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud pública en España. Informe SESPAS 2008

Carlos Artundo Purroy / Ana Rivadeneyra Sicilia
Consultores en Salud Pública.

(Toward a new organization of public health services in Spain)

Resumen

El análisis de situación de la salud pública en nuestro país pone de manifiesto la existencia de debilidades significativas. Sus dispositivos responden razonablemente en situaciones de crisis, pero resultan en general invisibles y ocupan una posición marginal en las agendas político-institucionales y respecto al sistema asistencial. La organización de los servicios de salud pública resulta obsoleta para promover y proteger la salud comunitaria, prevenir enfermedades y enfrentarse a los retos emergentes del mundo globalizado relacionados con el medio ambiente físico y social.

Hay consenso sobre la necesidad ineludible de replantear las funciones, estrategias y organización de la salud pública en España en la misma línea de las tendencias europeas e internacionales. Esta reforma constituye una asignatura pendiente y una prioridad estratégica hoy. De hecho, algunas comunidades autónomas han iniciado en los últimos años procesos de reestructuración y cambios.

Recomendamos dotar a la salud pública de más peso y prioridad en el sector sanitario y en las agendas político-institucionales, promoviendo los abordajes intersectoriales, la estrategia de «Salud en Todas las Políticas» y la evaluación del impacto en salud. Se sugiere una norma específica en salud pública que actualice funciones, organización y estructuras, distribuya claramente competencias posibilitando consorcios y alianzas, y regule la coordinación e intervención intersectorial.

Se describen elementos clave de la reforma: a) un nuevo liderazgo participativo en salud pública; b) generar inteligencia y evidencia; c) mejorar la profesionalización y competencia profesional; d) la importancia de una actuación y comunicación eficaz, transparente e independiente, y e) una organización nueva y flexible coherente con las nuevas estrategias, y cercana al ámbito local y los servicios sanitarios. En relación con la relación Estado/comunidades autónomas, se apunta hacia una articulación inteligente y funcional que, más allá de la actual debilidad, construya espacios comunes de interlocución y corresponsabilización, como redes, alianzas e iniciativas por la salud pública.

Palabras clave: Salud pública. Políticas de salud. Formulación de políticas. Políticas públicas. Práctica de la salud pública.

Abstract

Public health in Spain shows significant weaknesses. Spanish public health services respond reasonably well in crisis situations but tend to be invisible and occupy a marginal position in political agendas and in relation to health services. The organization of the public health subsystem is clearly out of date in terms of its ability to promote and protect community health, to prevent diseases, and to cope effectively with the new public health threats and challenges related to the physical and social environment in today's globalized world.

Consequently, there is broad consensus on the need to rethink functions, strategies and the organization of public health in Spain, in line with European and international trends. Thus, public health reform is currently a pending challenge and a strategic priority. Indeed, some Autonomous Communities have initiated a process of modernization and change.

Empowerment of public health in the political agendas and in relation to the health services is strongly recommended by promoting intersectorial approaches, the *Health in All Policies* strategy and Health Impact Assessment. There is also a need for a specific law that would update public health functions, organization and structures, allocate competencies by facilitating alliances and partnership, and regulate coordination and intersectorial intervention.

The following key elements related to this reform are described: 1) a participatory leadership in public health; 2) the generation of intelligence and evidence in public health; 3) improvement of professional education and development; 4) the importance of transparent, independent and competent performance and communication, and 5) new and flexible organization coherent with the new strategies and close to the local level and primary health care services.

Coordination between the State and the Autonomous Communities should involve a functional and intelligent relationship by building up common spaces, alliances, networks and shared initiatives for public health.

Key words: Public health. Health policies. Policy making. Public policies. Public health practice.

Correspondencia: Carlos Artundo Purroy.
Consultor en Salud Pública.
Correo electrónico: c.artundo@telefonica.net

Ideas clave

- *Cuál es la situación actual de la salud pública en España*
 - La salud tiene una baja prioridad en las agendas político-institucionales, y la salud pública, a su vez, una posición marginal e «invisible» respecto al sistema sanitario asistencial. Se precisa mayor prioridad en las agendas políticas y sanitarias.
 - Modelos de organización y gestión superados, incapaces de responder adecuadamente a las necesidades actuales, amenazas y retos emergentes. Se requiere una nueva organización coherente con las estrategias innovadoras.
 - Otras debilidades estructurales: escasez y dispersión de recursos y responsabilidades, sistemas de información poco integrados; carencias en la formación y competencia profesional, falta de liderazgo técnico y político del Ministerio de Sanidad y Consumo y escasa corresponsabilización de las comunidades autónomas. La reforma de la salud pública es una asignatura pendiente y una prioridad estratégica.
- *Principios y elementos clave de cara a una eventual reforma:*
 - Nuevo liderazgo en salud pública: elemento estratégico para la corresponsabilización intersectorial y la abogacía por la salud pública (tanto en el ámbito político como en el comunitario).
 - Inteligencia en salud pública: generación de evidencia para la toma de decisiones, esencial para la planificación estratégica de las intervenciones sanitarias y extrasanitarias y para la evaluación de impactos y resultados en salud.
 - Profesionalización y competencia: hacer hincapié en la formación acreditada y continua, la especialización y el cuerpo de conocimientos en salud pública, la carrera profesional y la gestión innovadora de personas (nuevos profesionales y disciplinas, calidad de servicios, motivación y desempeño profesional).
 - Participación: imprescindible para recabar apoyos y alianzas en respuesta a los retos de los determinantes de la salud, facilitar/capacitar a los individuos y comunidades para mejorar su salud, y hacer posible el proceso de reforma.
 - Comunicación eficaz y transparente para ganar en credibilidad y confianza.
 - Dispositivos de salud pública independientes de las administraciones, los grupos de interés corporativo y sectores económicos.
 - Organización nueva y flexible: saber-hacer y estrategia central, pero con vocación territorial descentralizada (respuesta creativa según la realidad y las necesidades locales).

- Ayuntamientos y servicios sanitarios (especialmente la atención primaria) como socios estratégicos claves en salud pública.
- Nueva articulación inteligente y funcional Estado/comunidades autónomas con espacios comunes de interlocución y corresponsabilización en salud pública.

Introducción

Se ha definido la salud pública como «el esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud, y prolongar la vida»¹. Hay un amplio consenso sobre las tres funciones básicas de la salud pública: la valoración de las necesidades de salud, el fomento y el desarrollo de políticas de salud y la garantía de provisión de servicios básicos de calidad². En un sentido más restrictivo, la salud pública se identifica con los servicios y prestaciones tradicionales en epidemiología, ambiental, alimentaria y promoción de la salud; dispositivos, por cierto, invisibles incluso para los servicios sanitarios, excepto en situaciones de crisis como las ocurridas repetidamente durante los últimos años. La salud pública ocupa, de hecho, una posición marginal respecto al sector asistencial a pesar de la importancia estratégica de su misión.

En nuestro país, la organización de la salud pública responde todavía en gran medida a situaciones históricas y sanitarias periclitadas muy diferentes de nuestra realidad y entorno actual: un mundo globalizado, sin fronteras para los riesgos y con un aumento exponencial de la movilidad, intercambios y migraciones, y sin que haya mecanismos efectivos de protección global.

Si la práctica y la organización de la salud pública no es capaz de responder adecuadamente a sus funciones actuales ni a las epidemias «cotidianas» que ya sufrimos (cardiovasculares, cáncer, sida, obesidad, accidentes, violencia), difícilmente podrá enfrentarse a los nuevos retos emergentes relacionados con el medio ambiente físico y social, el envejecimiento y la cronificación de las enfermedades, los nuevos estilos de vida, las nuevas formas de organización del trabajo y los procesos productivos, y el aumento de la violencia, la inseguridad y el miedo. Resulta por tanto imprescindible repensar el qué y el cómo de la salud pública, sus funciones y su organización para estos nuevos tiempos.

En numerosos países se ha iniciado un debate sobre las deficiencias actuales de los subsistemas de salud pública y la necesidad ineludible de dotarla del peso y el reconocimiento que le corresponden en las agendas sanitarias³⁻⁵. Se detecta en algunos gobiernos un interés estratégico por mejorar y reforzar los dispositivos e infraestructuras existentes. En países de corte federal, como Estados Unidos, Canadá y Australia, se ha optado por

fortalecer la capacidad de respuesta mediante la creación de agencias nacionales/federales y/o institutos de referencia, y la promoción de alianzas multisectoriales que faciliten la colaboración intergubernamental e inter-nivel. En el contexto europeo, se detecta también un interés creciente por mejorar las infraestructuras y promover las alianzas estratégicas en salud pública⁶.

En la misma línea de estas tendencias, son muchas las voces que se han hecho eco en España de la necesidad de repensar la salud pública y revisar sus dispositivos. Se presenta en este capítulo una visión general de la organización y las debilidades de las estructuras actuales, los argumentos a favor de su reforma y una serie de principios estratégicos y organizativos para avanzar en este sentido. La información de base procede de la bibliografía relevante y de una serie de entrevistas con profesionales, responsables políticos y expertos, realizadas entre octubre de 2005 y marzo de 2006, como parte de un trabajo de consultoría encargado por la Dirección General de Salud Pública y la participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía⁸.

Situación actual de la salud pública en España

Organización de la salud pública tras las transferencias

Tras el proceso de descentralización sanitaria, las competencias formales en salud fueron totalmente transferidas a las comunidades autónomas (CCAA), y las de salud pública fueron las primeras en ser transferidas. La situación actual es la propia de una estructura casi federal. Le corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSyC) el desarrollo de normas básicas, la sanidad exterior y la coordinación sanitaria, incluyendo aquí ciertos dispositivos comunes de información, evaluación de necesidades y definición de grandes políticas^{7,8}. La coordinación con las autoridades autonómicas se formaliza a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y sus comisiones y grupos de trabajo. Más allá de estas competencias reservadas al Ministerio, el grueso de las funciones y servicios de salud pública queda bajo responsabilidad de las CCAA que, en el ámbito de protección, las comparten con las administraciones locales.

La organización de los dispositivos de salud pública resulta también bastante similar, si bien hay algunas peculiaridades, sobre todo en el ámbito territorial. En todas ellas hay una Dirección General o equivalente

que detenta la máxima autoridad en salud pública. En ella residen las funciones básicas de rectoría y dirección estratégica, la financiación, planificación, coordinación y evaluación de políticas y programas. En algunas comunidades asume, además, servicios especializados, como los sistemas de información o los laboratorios de referencia. El despliegue territorial está muy influenciado por los procesos de reestructuración introducidos en las CCAA tras las transferencias. En un extremo se sitúa el modelo andaluz, donde los servicios de salud pública se organizan en estructuras basadas en los distritos sanitarios, muy próximos a la red asistencial. En el otro los de Valencia y Madrid, donde hay unidades territoriales específicas con sus propios centros de salud pública, paralelas a la red asistencial⁹. El resto de modelos autonómicos se localiza entre estos dos extremos.

La gestión y la provisión de servicios en las distintas CCAA resulta también bastante similar. Los sistemas de información y vigilancia suelen estar bajo responsabilidad de los servicios centrales, con gestión delegada en los territoriales y participación de los profesionales asistenciales (enfermedades de declaración obligatoria y brotes). Las funciones de protección se desarrollan con mayor implicación de las autoridades municipales, fundamentalmente a través de los técnicos de salud pública, apoyados por las unidades territoriales. En la misma línea de la tendencia internacional, varias CCAA han creado agencias temáticas en seguridad alimentaria. Finalmente, los profesionales implicados en la promoción suelen trabajar en concurrencia con la red asistencial y las autoridades municipales. Hay una gran variabilidad en el desarrollo de actividades según el despliegue territorial y la dinámica de colaboración con las corporaciones locales y otros agentes comunitarios.

En estos últimos años algunas CCAA han iniciado procesos de revisión y remodelación de las estructuras de salud pública. Los primeros pasos se dieron en la Comunidad de Madrid, con la creación en 2001 del Instituto de Salud Pública (ISP) como organismo autónomo responsable de la gestión y la provisión de servicios; sin embargo, en 2004 la dirección y gestión del ISP pasó a ser responsabilidad de la Dirección General de Salud Pública. En Cataluña se creó en 2003 la Agencia de Protección de la Salud, aunque con el cambio de legislatura y gobierno no llegó a desplegarse como tal. Un año después se inició un proceso formal de reflexión y consulta sobre la reforma que preveía su culminación en 2007 con la aprobación de una nueva Ley de Salud Pública y la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña. En Valencia se aprobó en 2005 una ley específica de salud pública que contempla la creación de la Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública, un organismo autónomo responsable de la gestión de las competencias en salud pública. En Andalucía y Aragón se han iniciado sendos

⁸Se entrevistó a un total de 67 profesionales y expertos en Salud Pública a nivel autonómico, nacional y europeo. En el marco del presente capítulo se han recogido tan sólo las opiniones referidas a los argumentos y criterios de cara a la Reforma de las estructuras de Salud Pública en España y en las CCAA.

procesos de reflexión sobre la reforma. Ambas comunidades han elaborado ya los primeros borradores estratégicos, donde se sientan las bases para avanzar en la modernización y la reorganización de los dispositivos en los próximos años. En el caso de Andalucía se ha iniciado, además, un ambicioso plan de formación y actualización en salud pública dirigido a todos los profesionales.

La necesidad de la reforma

Actualmente, hay un consenso generalizado sobre la necesidad de abordar la reforma de la salud pública en nuestro país^{9,10}. Se ha señalado que, a diferencia de otros sectores sanitarios, las reformas de los años ochenta no se vieron acompañadas de un cambio paralelo en los dispositivos de salud pública⁸. Este retraso se ha atribuido al carácter complejo y multidisciplinario de la salud pública, a su naturaleza más administrativa que asistencial (lo que explica la escasa presión social por la reforma), a la menor masa crítica de sus profesionales y a la dispersión de competencias entre diversas entidades sectoriales y niveles administrativos⁹⁻¹¹. Además, si bien se reconoce que la descentralización ha permitido mejorar estructuras y consolidar equipos humanos con mayor formación y dedicación, también se asocia a una cierta dilución de la responsabilidad en salud pública en los niveles más periféricos⁸.

Los expertos consultados han confirmado la necesidad de avanzar en la reforma e indican que los dispositivos actuales adolecen de debilidades vinculadas a la rigidez de las estructuras funcionariales y a modelos de gestión anticuados, poco adaptados a la realidad actual. Los recursos son escasos frente a la responsabilidad asignada, lo que dificulta la actuación en salud pública. Otros problemas son la poca prioridad y claridad en los productos de salud pública, la falta de profesionalización y competencia profesional, la atomización de los servicios y la dispersión de profesionales y recursos entre las diferentes administraciones y agencias competentes.

En cuanto a la articulación Estado/CCAA, en general se admite la necesidad de una buena coordinación. Tras casi 30 años de descentralización, y ante una realidad de hecho federal, parece llegado el momento de evidenciar lo que no funciona y de articular una relación funcional. Hay consenso en atribuir una falta de liderazgo técnico y político por parte del MSyC, y se constata una escasa corresponsabilización de las CCAA más allá de las relaciones personales entre los responsables autonómicos. Por ello, está debilitada la capacidad de respuesta ante incertidumbres o alarmas sanitarias y abandonado un liderazgo del conjunto del Estado en políticas de salud y de salud pública.

Principios básicos de cara a la actuación y la reforma de los dispositivos de salud pública

Hoy día, hay argumentos sólidos a favor de un proceso de reestructuración de la salud pública en nuestro país en línea con las tendencias del entorno europeo e internacional. Los argumentos son:

– Los servicios de salud pública, tal como están organizados, no pueden responder adecuadamente a las necesidades actuales, y mucho menos a los retos emergentes en salud pública.

– El refuerzo y la potenciación de la salud pública es un signo de buen gobierno y un reto democrático en nuestro mundo globalizado, así como una responsabilidad pública el anticiparse y minimizar los riesgos emergentes.

– Hay suficiente evidencia sobre la contribución relativa de los servicios sanitarios en la mejora del estado de salud de la población; su reorientación hacia la salud pública adquiere así una relevancia de primer orden.

– Las sucesivas crisis de salud pública, el aumento de los riesgos e incertidumbres globales y la mayor sensibilidad social al respecto, plantean cada vez más una exigencia de rendimiento de cuentas por parte de los poderes públicos y de mayor transparencia y visibilidad de las intervenciones en salud pública.

– Apostar por la salud pública tiene una repercusión económica evidente, al incidir muy directamente en actividades con impacto significativo en sectores económicos y productivos, y por la importancia reconocida de la salud en el crecimiento económico y el desarrollo sostenible^{12,13}.

Principios y elementos estructuradores del cambio

Liderazgo en salud pública e intersectorialidad

La naturaleza multifactorial y compleja del valor salud determina la importancia de promover el liderazgo en salud pública como herramienta estratégica para superar la fragmentación de las distintas políticas sectoriales. Por liderazgo en salud pública nos referimos a la capacidad de elaborar y promover políticas sanitarias saludables, de influir sobre otras políticas públicas con impacto en salud, así como de colaborar con los agentes relevantes, incluido el sector privado, para promover prácticas y productos más saludables y avanzar en la responsabilización de individuos y comunidades en el logro de los objetivos en salud.

Los responsables y profesionales de salud pública han de estar más presentes en el espacio político y social, cerca de la toma de decisiones para hacer abogacía en salud pública, y desarrollar una mayor capa-

cidad para escuchar, dialogar, negociar y pactar; en definitiva, una capacidad estratégica para trabajar en red y establecer alianzas. Si se quiere hacer operativo el principio de intersectorialidad, habrá que desplegar organizativa y normativamente las estructuras, recursos, procedimientos y formatos más adecuados en cada ámbito y nivel de intervención.

La salud pública tiene que proveer evidencias para la toma de decisiones, con el fin de promover políticas públicas y privadas más saludables, así como ser el motor del trabajo interdepartamental e intersectorial para la salud. Algunas medidas, como la Evaluación de Impacto en la Salud (EIS) y la Salud en Todas las Políticas (HIAP) pueden sin duda contribuir a ello¹⁴. Sin embargo, atribuir a la salud y a la salud pública más valor en coherencia con el valor social que tienen, no quiere decir que no haya otros intereses en juego, como los impactos económicos. Sin duda, éstos tendrán que ser igualmente gestionados, pero en su debido orden de prioridad para la ciudadanía.

Inteligencia en salud pública

Inteligencia en salud pública incluye fijar los objetivos en salud e implica valorar el estado de salud de la población y sus necesidades, hacer un seguimiento de los determinantes de la salud, proveer evidencias para la toma de decisiones y la intervención, y evaluar los resultados, incluida la actuación de los servicios sanitarios. Otra responsabilidad de la nueva salud pública es la de apoyar la planificación estratégica de las intervenciones sanitarias y no sanitarias a través de la generación y la difusión de evidencias científicas, así como la formulación, la evaluación y el seguimiento de políticas y programas.

En la actualidad, los sistemas de información y vigilancia en salud están poco integrados, muy orientados hacia las enfermedades y apenas incluyen información sobre variables sociales y riesgos medioambientales. Una de sus debilidades más serias es la incapacidad para informar sobre la actuación y los resultados de los servicios e intervenciones sanitarias. En este contexto, hay que «sustanciar» una nueva inteligencia en salud pública como base para desarrollar sistemas de información integrados y sensibles a los nuevos riesgos y determinantes ambientales y sociales. Se precisa además promover la investigación en salud pública para generar nuevas evidencias de apoyo a la toma de decisiones, nuevas herramientas de evaluación de programas/resultados en salud y nuevos estándares/indicadores de desempeño profesional.

Profesionalización y desarrollo profesional continuado

Hay un amplio consenso sobre la necesidad profesionalizar la salud pública como garantía de mejora del

desempeño y la calidad de las prestaciones¹⁵⁻¹⁷. Hay que apostar por mejorar la motivación, la preparación y la competencia técnica de los profesionales mediante una formación acreditada (específica y continuada), una carrera profesional definida y una política de incentivos. La competencia profesional da legitimidad a la salud pública. Todo ello, unido a un mayor prestigio y reconocimiento institucional, permitirá atraer y retener a los mejores profesionales y fundamentar una auténtica carrera profesional en salud pública.

Hace falta una innovadora gestión de personal basada en la calidad, la excelencia, la mejora continua y la eficiencia. Por otra parte, hay que repensar la combinación de personal más adecuada a las funciones y servicios previstos, así como la formación y nivel de calificación exigibles para cada puesto. Resulta evidente la necesidad de incorporar nuevos perfiles profesionales en los equipos de salud pública procedentes de la sociología, la economía, la ingeniería de procesos, la comunicación, la psicología etc.

La carrera profesional deberá establecerse en relación con la evaluación de competencias, actuación y resultados obtenidos, y no sólo según la titulación académica y la antigüedad. En ámbitos académicos de la salud pública se está proponiendo una especialidad para profesionales del campo biomédico y de las ciencias sociales, con posibles subespecializaciones para profesionales específicos (medicina preventiva, veterinaria de salud pública, farmacia de salud pública, etc.).

Participación

Si la participación constituye una apuesta básica en cualquier democracia avanzada, en salud pública resulta fundamental a la hora de lograr los apoyos y alianzas necesarios para responder eficaz y duraderamente a los retos de los determinantes de salud y mejorar la capacidad de los individuos para mejorar su salud. Más allá del discurso, hay que facilitar las condiciones, las estructuras y los formatos que promuevan la participación ciudadana y de los distintos socios y clientes de la salud pública, a saber, entidades locales, sector privado e industria, academia y sociedades científicas, medios de comunicación, sector asociativo y otros agentes relevantes de la sociedad civil. El ámbito de la participación y las alianzas en salud pública constituye un criterio esencial en la reflexión sobre el futuro de ésta que se ha iniciado en países como Estados Unidos¹⁸ y el Reino Unido¹⁹.

Credibilidad, confianza y comunicación

Los dispositivos de salud pública han de gestionar las amenazas y retos emergentes con eficacia y profesionalidad, educando y, sobre todo, transmitiendo y comunicando bien, tanto en momentos de crisis como

en situaciones de normalidad. Hay que anticiparse y prevenir las crisis de salud pública, así como saber gestionar y «aprovechar» las inevitables para ganar en credibilidad y confianza, garantizando además transparencia y competencia. Para ello, resultan fundamentales las alianzas estratégicas con los medios y los distintos actores sociales.

A pesar de los avances producidos en los últimos años, la comunicación no se ha integrado aún como prioridad en las estructuras ni en la gestión de la salud pública. Hay que articular nuevas estrategias y procedimientos para hacer de la comunicación una herramienta esencial de la nueva salud pública. Además, los dispositivos de salud pública, para resultar creíbles, deberán ser y aparecer como independientes de las Administraciones, los grupos de interés corporativo y los sectores económicos.

Principios organizativos

La organización es una herramienta al servicio de las nuevas estrategias de salud pública, y el diseño de la organización está implícito en la estrategia. Tales estrategias han de responder a una realidad hoy rápidamente cambiante y, por tanto, el modelo organizativo debe ser también flexible y adaptarse a los cambios del entorno. Además, las organizaciones modernas e innovadoras no se basan en los esquemas tradicionales de centralización y jerarquía, sino que responden cada vez más a criterios de organización matricial razonablemente descentralizada y flexible.

Una de las claves del proceso de reforma es la organización territorial. En este punto cabría aplicar el principio de subsidiariedad, siempre y cuando las estructuras delegadas periféricas cuenten con una base poblacional y unos recursos mínimos para garantizar economías de escala y una masa crítica suficiente. Se trata de disponer de un *know-how* único y central, pero con una visión territorial capaz de dar una respuesta adecuada y creativa según las necesidades locales. El reparto de funciones y competencias se realizaría así desde las estructuras centrales, con un perfil más estratégico, hasta los ámbitos más periféricos, responsables de la provisión de la mayoría de los servicios.

En las estructuras centrales, fortalecidas con un mayor peso y liderazgo en el conjunto del sistema sanitario, han de residenciarse las funciones de rectoría y dirección estratégica, inteligencia, planificación y evaluación de programas. Se trata de funciones estratégicas propias del ámbito político que deben localizarse en las consejerías de salud como garantía de responsabilidad pública y de buen gobierno. De hecho, estas funciones constituyen cada vez más el núcleo duro de los departamentos de salud en Europa tras los procesos de reforma, que han consistido, entre otros aspectos,

en la delegación de las funciones ejecutivas y de gestión en niveles inferiores.

Entre el nivel central y el periférico tendría que haber una estructura intermedia coherente con la organización central y coordinada a su vez con los dispositivos y recursos territoriales. Le corresponde a ésta el ejercicio de la autoridad sanitaria delegada, así como el soporte estratégico y organizativo para la provisión de servicios en el ámbito local. En este último nivel hay que mantener una estructura de recursos específicos en salud pública que puede estar vinculada a las actuales áreas de salud o distritos sanitarios. Los ayuntamientos y los servicios asistenciales han de ser integrados en la estructura funcional como socios clave de la acción periférica para fortalecer las infraestructuras y la capacidad de respuesta en el ámbito local.

Dos socios estratégicos: los ayuntamientos y los servicios sanitarios

Las corporaciones locales carecen hoy de la capacidad, recursos y apoyos necesarios para gestionar eficazmente las competencias que se les asignan, especialmente en protección y promoción. El nivel local constituye un ámbito básico de intervención y los ayuntamientos socios estratégicos. Por ello, las estructuras de salud pública deben apostar por el nivel municipal y promover políticas de proximidad que fomenten la corresponsabilización y la colaboración con las autoridades municipales en la formulación y la consecución de los objetivos de salud pública. Además, hay que optimizar las actuaciones conjuntas a través de consorcios o nuevas estructuras participadas que generen sinergias y permitan compartir y optimizar recursos. En algunos casos puede tenderse hacia una red funcional integrada de servicios de salud pública con participación de las entidades locales.

Los servicios sanitarios, y en particular los de atención primaria, constituyen otro socio estratégico, especialmente en prevención, promoción e incluso vigilancia. Hay que impregnar estos servicios, excesivamente medicalizados, de una perspectiva y una cultura de salud pública. La inteligencia en salud pública puede ayudar a racionalizar la gestión asistencial aportando nuevas evidencias para la detección de necesidades, la evaluación de resultados y la planificación sanitaria, todo ello para mejorar la calidad y la cobertura de los servicios.

Hay que facilitar un acercamiento entre la salud pública y la red de atención primaria en los niveles más periféricos del sistema (distrito, zonas básicas de salud). La operacionalización de los objetivos de salud pública puede garantizarse a través de los contratos-programa entre la autoridad sanitaria y la red pública de centros asistenciales. También es recomendable pro-

mover la formación/actualización en salud pública de los responsables y gestores de los servicios para lograr su identificación e implicación con dichos objetivos.

Articulación Estado/comunidades autónomas

Ya se han comentado las debilidades actuales en la articulación/coordinación entre la Administración central y las autonómicas. Para mejorar dicha relación, no servirán las actitudes recentralizadoras ni la falta de corresponsabilización de algunas CCAA. Hay que construir una relación inteligente que, respetando y ejerciendo las competencias respectivas, sea capaz de beneficiarse de las potencialidades de la cooperación entre las diversas CCAA, y de éstas con el Estado. Todo ello permitirá además gestionar espacios comunes de interlocución y coordinación que ayuden a avanzar en la mejora de la salud pública en cada CCAA y en el conjunto de España (p. ej., centros de referencia y excelencia compartidos, organismos y laboratorios de apoyo coparticipados, alianzas y consorcios interterritoriales e intersectoriales).

Hay iniciativas en el contexto internacional fruto del interés estratégico de los gobiernos por promover y consolidar un liderazgo nacional en salud pública. En Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda y en los países escandinavos se han creado institutos o agencias especializadas que se han convertido en centros de referencia en salud pública. En Canadá²⁰ y Australia²¹ el gobierno federal está fomentando alianzas/consorcios multilaterales con participación de distintas administraciones para promover la integración de acciones y la colaboración intergubernamental en salud pública. En Estados Unidos se ha creado recientemente la Health Alert Network²², una red nacional para coordinar acciones entre autoridades federales, estatales y locales en situaciones de emergencia, y para facilitar el acceso a información e infraestructura para la gestión de crisis.

Conclusión: sobre el proceso de reforma y su viabilidad

La reforma de la salud pública en España es una asignatura pendiente y una prioridad estratégica. De hecho, hay movimientos en esa dirección en varias CCAA.

Para avanzar en este sentido, la salud pública tendrá en primer lugar que lograr un mayor peso y prioridad dentro del sector sanitario y en las agendas político-institucionales de acuerdo con los dos objetivos básicos de la estrategia de la Unión Europea, a saber: a) situar la salud en el centro de todas las políticas, y b) promover alianzas intersectoriales en salud. Re-

sulta además recomendable la creación de comisiones interdepartamentales de salud pública o similares que, lideradas por los departamentos sanitarios, impliquen al resto de departamentos del gobierno respectivo. En esta línea, se recomienda la introducción de la EIS en las políticas públicas con mayor impacto en la salud, así como promover coaliciones, alianzas y consorcios entre las distintas administraciones relevantes, socios estratégicos y agentes clave de la salud pública.

Es necesario un marco normativo específico que explicita la misión y las funciones esenciales de la salud pública y que establezca las estructuras y las formas institucionales precisas en los distintos niveles y administraciones implicadas, el reparto competencial asociado y la cartera de servicios. Lo realmente relevante es que la opción elegida responda eficazmente a los retos de la salud pública y a las necesidades y expectativas de la población. Una línea de innovación que podría explorarse sería la introducción de nuevos derechos y deberes en salud pública; por ejemplo, el derecho a un entorno y a un urbanismo saludable, a una alimentación sana o a espacios sin humo, así como los respectivos deberes asociados.

La reforma deberá acompañarse de un proceso participativo que implique a todos los profesionales, actores y sectores relevantes. La gestión debe ser abierta y transparente, como garantía de un consenso básico entre los agentes implicados, tanto sanitarios como extrasanitarios.

Dada la realidad federal de facto, hay que articular una relación y coordinación inteligentes entre el Estado y las CCAA, así como los ayuntamientos. El objetivo último sería lograr las mejores condiciones posibles para promover y proteger la salud de los individuos. El debate sobre las fronteras entre territorios y celos competenciales en salud pública resulta especialmente inútil. La protección de la salud y del medio ambiente, por ejemplo, no se puede hacer desde ámbitos regionales/autonómicos, ni siquiera estatales. En nuestro caso, el espacio europeo resulta cada vez más relevante y la colaboración y cooperación internacional imprescindible.

En definitiva y, partiendo de la situación descrita en las páginas precedentes, resulta ineludible replantear las funciones, estrategias y organización de la salud pública en nuestro país, adecuar el «qué» y el «cómo» de la salud pública. El cambio que se requiere precisa un amplio consenso profesional y una voluntad y compromiso políticos mantenidos en el tiempo y a todos los niveles, además de la implicación de otros sectores del gobierno y la sociedad civil. Esto significa consensos, acuerdos y alianzas entre administraciones, partidos y sectores implicados. Los retos que tenemos por delante no dejan opción para la inmovilidad; habrá que trabajar las evidencias y abo-

gar por sentar las bases para el refuerzo de la salud pública y reorientación de sus dispositivos. Y cuanto antes, mucho mejor.

Bibliografía

1. Last JM. Dictionary of epidemiology. New Cork: Oxford University Press; 1995.
2. Institute of Medicine. The future of public health. Washington: National Academy of Sciences; 1988.
3. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M. Public health in the new era: improving through collective action. *Lancet*. 2004;363:2084-6.
4. Baker E, Potter M, Jones D, Mercer S, Cioffi JP, Green LW, et al. The public health infrastructure and our nation's health. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:303-18.
5. Di Ruggiero E, Frank J, Moloughney B. Strengthen Canada's Public Health System Now. *Can J Public Health*. 2004;95:10-1.
6. Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: European Observatory of Health Systems and Policies; 2004. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E84884.pdf>
7. Martín Moreno JM. Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la Salud Pública en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76 Suppl 6:637-43.
8. Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999;13:218-25.
9. Manzanera R, Villalbí JR, Navarro A, Armengol R. La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gac Sanit*. 1996;10:299-310.
10. Villalbí JR, Aboal XL, González-Alonso J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR, editores. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 2002. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002. p. 545-64.
11. 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 Supl 4:55-68.
12. Sachs JD. Macroeconomics and Health: investing in health for economic development. Report of the Commission on macro-economics and health. Geneva: WHO-CHD; 2001.
13. Byrne D. Enabling good health for all. A reflection process for a new EU Health Strategy. European Commission; 2004. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf
14. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies, prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
15. Benavides FG. El papel de los profesionales en la reforma de la salud pública. *Gac Sanit*. 2001;15 Supl:69-71.
16. Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit*. 2003;17 Supl 3:23-34.
17. Benavides G, Moya C, Segura A, Puente L, Porta M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 3:239-43.
18. Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academy Press; 2003.
19. Donaldson L. Report of the Chief Medical Officer's Project to strengthen the public health function. London: Department of Health; 2001.
20. The Pan-Canadian Public Health Network. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_26bk1_e.html
21. The National Public Health Partnership. Disponible en: <http://www.nphp.gov.au/>
22. The Health Alert Network. Disponible en: <http://www2a.cdc.gov/HAN/Index.asp>