

EDITORIAL**LA SALUD PUBLICA****Juan José Francisco Polledo**

Director General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tomar en consideración hoy en día las características de la acción política y de la actividad administrativa en el ámbito de la salud pública supone, más que cualquier otra cosa, hacer una reflexión sobre el ámbito competencial en el que se desenvuelve. Sin duda, siguen vigentes, y posiblemente sin resolver, controversias sobre qué es y qué no es la salud pública, cuáles sus objetivos, cuáles sus herramientas de acción. Pero por encima de todo, aquí y ahora, en España y en su marco competencial, lo más importante es reflexionar —para valorar y no por simple ejercicio intelectual— sobre cómo garantizar una acción en salud pública eficaz y a la vez respetuosa con las competencias y responsabilidades de cada administración.

La Constitución contempló la posibilidad, y los Estatutos de Autonomía la ejercitaron, de que las competencias sobre salud pública fueran transferidas a las Comunidades Autónomas. Los distintos Reales Decretos de transferencia materializaron la decisión.

Estas son las coordenadas y, desde mi punto de vista, resulta estéril empeñarse en un constante análisis respecto a cuáles son los potenciales peligros derivados de esta situación. Sin duda, los hay en términos de desigualdades en los niveles de protección, distorsiones económicas derivadas de la falta de homogeneidad en la toma de decisiones, desajustes e incluso interrupciones en la captación de series temporales de indicadores de salud, etc. Pero no creo, sinceramente, que el desafío actual radique en profundizar en la recopilación de todos los males posibles, ni en buscar desesperadamente la posibilidad

de encontrar algún ejemplo, cuanto más ingenioso mejor, que ponga de manifiesto los riesgos del sistema.

Eso sólo sería legítimo si se estuviera absolutamente convencido de que el sistema es malo intrínsecamente, que no tiene solución y que, inexorablemente, nos generará problemas insuperables. Comoquiera que estoy convencido de que ello no es así, es por lo que opino que lo que realmente debe ocupar el debate es el cómo conseguir los mejores resultados con las coordenadas vigentes, que, por cierto, no son exclusivamente las de que las competencias están distribuidas entre diferentes administraciones.

Coordenadas, respecto a las que hay que situar la acción en salud pública, son también la progresiva mejora de los conocimientos sobre factores riesgos, muchos de los cuales hunden sus raíces en áreas de toma de decisiones, absolutamente ajenas a la administración sanitaria. También, el art. 129.A del Tratado de la Unión, que abre las posibilidades a una futura política europea de salud pública y que coloca a ésta, en nuestro país, en una tensión entre las fuerzas centrífugas de competencias de las CC.AA. y la centrípeta de Bruselas. Coordenadas, en fin, son la confluencia de perfiles profesionales que concurren en el área de trabajo propia de la salud pública.

Pero nos ocupábamos aquí, fundamentalmente, de la distribución de competencias entre distintas administraciones sanitarias. Este factor fue claramente tomado en cuenta por el legislador que, en la Ley General de

Sanidad, estableció, al menos, dos mecanismos de superación de desajustes: el C.I.S.N.S. y el Plan Integrado de Salud. Es decir, contempló dos mecanismos de clara vocación deliberadora y coordinadora. Pero no estableció claramente, porque posiblemente ello no fuera posible, un mecanismo de verificación, con fuerza ejecutiva. Así pues, en el seno del Pleno del C.I.S.N.S., o en la Comisión de Salud Pública, puede adoptarse una decisión, aún por unanimidad, sin que existan garantías de que, quien no cumpla lo prometido, va a verse obligado a rectificar, siempre y cuando se mueva dentro de su ámbito de competencias legalmente establecido.

Ante esta situación son posibles dos enfoques. El primero, lamentarse y paralizarse. El segundo, asumirlo, analizarlo y actuar en consecuencia. Afortunadamente, creo que es ésto lo que está en el ánimo de la mayoría de los responsables de salud pública en España.

Partiendo del principio de que los objetivos en salud pública no pueden resultar sustancialmente diferentes en las distintas administraciones, ni en los distintos ámbitos geográficos, nos quedamos, básicamente, ante una simple cuestión de armonización de estrategias y procedimientos. Y en este contexto, debe señalarse que la discusión y la dialéctica no es la de administración central frente a administraciones autonómicas (no es de 1 frente a 17). La dialéctica es en 18 frentes. Es decir, en modo alguno la coordinación debe recabarla una administración (por ejemplo, la del Estado) frente a las demás (por ejemplo, las de las CC.AA.). Creo que la necesidad de garantizar ciertos niveles de homogeneidad, es común a las 18 administraciones sanitarias. Y debe ser así, porque esa situación es imprescindible para que cada uno pueda cumplir los propios objetivos que se haya marcado. Las características de los problemas que constituyen la materia prima sobre la que trabajan las administraciones de

salud públicas, no excusan de tener que razonar sobre esta obviedad.

Que el conseguirlo precise, y no tenga, un instrumento jurídico concreto, es algo opinable y para lo que, sin duda, hay casi tantos argumentos a favor como en contra. Sólo se desequilibraría la situación si, en lugar de utilizar argumentos contrastados, utilizamos argumentos potenciales. En este segundo caso entra en el debate, además de la razón, la imaginación y, consecuentemente, el paisaje que se puede pintar puede ser especialmente sombrío (o todo lo contrario).

Si a la experiencia y a la breve historia reciente nos referimos, creo que no pueden aportarse demasiados hechos que ilustren una situación especialmente grave. Sin duda, la actual distribución competencial en el ámbito de la salud pública produce vértigos razonables y miedos honrados. Es cierto que cuando uno conduce por una carretera de montaña, ve constantemente la proximidad del peligro y, si se trata de un conductor sensato, eso le generará miedo y, consecuentemente, precaución. Pero también es verdad que, fruto de esa precaución, será el que finalice el trayecto sin haberse precipitado al vacío. No resulta imprescindible levantar, a ambos lados de la carretera, vallas que impidan toda posibilidad.

El Estado de las Autonomías puede ser muchas cosas pero, evidentemente, no es el más fácil. Y esto se manifiesta también en el campo de la salud pública. Negarlo o, por el contrario, exagerar los peligros y no admitir la existencia de soluciones, no es el camino. La lealtad con el sistema y la vocación de servicio público, como orientador de la acción de todas las administraciones sanitarias es el procedimiento de elección....

El que han elegido, por ejemplo, todos los miembros de la Comisión de Salud Pública al haber aceptado formar parte, desde este número, del Comité Editorial de la Revista de Sanidad e Higiene Pública.