

ENTREVISTA

Conversación con Javier Padilla Bernáldez, secretario de Estado del Ministerio de Sanidad (España)

A conversation with Javier Padilla Bernáldez, secretary of State at the Ministry of Health (Spain)

Victoria López Ruiz. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS de Palma del Río. Distrito Córdoba-Guadalquivir. Palma del Río. Córdoba (España). Miembro del Comité Editorial de *Revista Comunidad*

Mariano Hernán García. Director de *Revista Comunidad*

Entrevista realizada el mes de junio de 2024 por **Victoria López y Mariano Hernán**, del Comité Editorial de la *Revista Comunidad*.

Javier Padilla es un médico y político español, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, y con formación de postgrado en economía y filosofía.

Su trayectoria profesional ha estado vinculada a la MFyC y a la salud pública (SP) y puede decirse que es un viejo amigo del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Buenas tardes, Javier; muchas gracias por tu accesibilidad y amabilidad. ¿Qué crees que te aporta tu bagaje como médico clínico de Atención Primaria de salud (APS) y especialista en SP a tu puesto actual como secretario de Estado de Sanidad?

Yo suelo decir que no hay un mejor marco teórico desde el que abordar las políticas sanitarias que el de un profesional clínico que conozca las teorías y las prácticas de la SP, pero con la capacidad para aterrizarlas también en una perspectiva clínica. Y creo que en ese espacio es donde encontramos todo lo relacionado con la salud comunitaria (SC). La SC no deja de ser la capacidad para desarrollar una alerta constante para no olvidar las cosas que siempre se olvidan. Está claro que, en general, gobernar significa priorizar, y a menudo ocurre que las cosas más importantes nunca son las más urgentes. Y por ello, en un contexto en el cual el trabajo de lo cotidiano es un apagar fuegos continuamente, debes tener siempre la capacidad de levantar un poco la mirada. El desempeño de un marco teórico de SP, si has trabajado en un contexto clínico y tienes interés por la SC, te enseña que lo importante se desarrolla en ese marco de lo común, de lo colectivo, y que siempre debes estar

preparado para traer esta concepción al centro del debate, porque, si no, lo normal es que se hable de listas de espera y de poco más.

«La salud comunitaria no deja de ser la capacidad para desarrollar una alerta constante para no olvidar las cosas que siempre se olvidan.»

No debe de ser fácil abordar los temas desde esa mirada comunitaria cuando todo el mundo espera que hable de sanidad y no tanto de salud...

Yo creo que hay muchas formas de hablar de sanidad. Igual que se puede mirar a la comunidad a través de la mirilla de la consulta, se puede mirar a través del discurso puramente sanitario. Creo que ese mismo ejercicio que se hace dentro de un centro sanitario, para hacer SC desde las cuatro paredes de la consulta, también hay que hacerlo entre las cuatro paredes del ministerio o las cuatro paredes de donde uno esté. Es la única forma posible de convertir en verdad la frase famosa de Virchow —«la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala»— y de tener la capacidad de vincular lo individual y lo colectivo. Por ejemplo, cuando hablamos de obesidad infantil, podemos hablar desde el marco individual o de cómo se desagrega por clases sociales.

¿Qué papel crees que tienen los diferentes perfiles profesionales de medicina, enfermería, trabajo social y otras profesiones, y cómo se puede conjugar todo eso para que la perspectiva comunitaria de la que hablas esté presente?

Una de las cosas que uno ve muy rápidamente cuando se llega a una secretaría de Estado o a un ministerio es que hay una tendencia muy grande a abordar todos los problemas en silos. Creo que es



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

fundamental trasladar la misma visión multidisciplinar que se tiene en otros ámbitos a la elaboración de las políticas. Por ejemplo, cuando hablamos del próximo plan de APS y SC, uno de los empeños es que haya medidas destinadas específicamente a los temas que incumben al personal administrativo, que es una parte indispensable del modelo de funcionamiento de la atención primaria. Facilitar el acceso a los altos puestos de decisión de los colectivos a los que normalmente les cuesta acceder a estancias de poder —como por ejemplo el colectivo de trabajadoras sociales en sanidad— es una responsabilidad, porque también es una forma de que luego eso se traduzca en políticas concretas.

«Una de las cosas que uno ve muy rápidamente cuando se llega a una secretaría de Estado o a un ministerio es que hay una tendencia muy grande a abordar todos los problemas en silos.»

Se dice que la APS está en crisis. Desde el PACAP apostamos porque la reorientación hacia la atención comunitaria sea una tabla de salvación ¿Cómo crees que se puede impulsar esto desde la política? ¿Cómo se puede favorecer esa parte comunitaria sin sobrecargar más a los profesionales?

Aquí hay varias cosas que comentar... Decía Nacho Oleaga, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, que «si un problema está presente de forma continua no es una crisis, sino una característica; no es un problema, es una característica». Yo creo que hay un desacoplamiento o un desencuentro entre los valores de la APS, que, como sabemos, tiene todas las evidencias disponibles sobre cómo mejorar la salud de la población, y los valores hegemónicos en el conjunto de la sociedad; de forma que promulgamos la longitudinalidad, porque tener a un mismo profesional más de 15 años disminuye un 30% tus visitas a urgencias, un 28% tus ingresos y un 26% tu mortalidad, pero actualmente ya no hay nada que dure 15 años. Por eso defiendo que una de las cosas importantes es ver cómo se consiguen esos valores sin renunciar a todas las evidencias y cómo se acoplan a las necesidades que existen hoy en día. Y creo que uno de los puntos clave está en ese «hacia afuera» de la consulta, que es la salud comunitaria. Hay quien dice que para ello es mejor que haya profesionales con una capacitación más específica que se centren en el trabajo comunitario; o también hay los que dicen que lo que tiene que liberarse es tiempo para que todos los profesionales tengan capacidad para actuar en el ámbito comunitario. Yo creo que esto último es mucho más enriquecedor y, ade-

más, mucho más sano en términos de cuidado de los profesionales para no estar quemando a unos para que otros se liberen y lleven el peso del ámbito comunitario. El problema es que, en términos generales, la definición de comunidad también está en crisis, y lo que solemos ver son comunidades casi flotantes que se tejen y destejen cada x años; o grupos que generan un hábito de comunidad pero que no están unidos por la adherencia a un territorio, que es la reivindicación actual en el ámbito de la APS como base del trabajo en el ámbito comunitario. Opino que hay que intentar darle un poco de carrete a quien intenta pensar modelos nuevos de hacer comunidad. Y a la hora de incentivarlo, hay un aspecto fundamental: dar la tábrra hasta el infinito con todo lo relacionado con la autogestión. O sea, últimamente han quedado atrás los modelos de participación y acción comunitarios por obligación o porque están en contratos programas. De la capacidad de actuar es de donde surgen las cosas, y por eso hay que dejar libertad a la gente para que actúen y confiar en que las personas trabajadoras son las que mejor conocen su entorno de trabajo.

«Hay que dejar libertad a la gente para que actúen y confiar en que las personas trabajadoras son las que mejor conocen su entorno de trabajo.»

La estrategia de SC en APS ha tenido una implantación dispar según la comunidad autónoma. ¿Cómo se puede coordinar la estrategia desde arriba cuando son competencias transferidas a las comunidades autónomas, que, además, pueden estar gobernadas por otro color político y que, en consecuencia, pueda tener unos intereses distintos?

Yo suelo decir que, en estos casos, el papel del ministerio es ponerlo fácil para tomar la decisión óptima. Nosotros tenemos que intentar que las comunidades autónomas decidan por ellas mismas lo que es deseable, teniendo en cuenta todo el sistema, y que, todas las que quieran, tengan la capacidad para actuar en un entorno colaborador para ello. Pero nosotros, desde luego, no podemos obligar a un gobierno autonómico a ir en contra de lo que quiere, o no quiere, llevar a cabo, de la misma manera que si el gobierno fuera de signo contrario tampoco podría. Soy bastante defensor de las competencias transferidas y de la capacidad que tienen de generar ámbitos de innovación asimétrica, y lo digo desde una comunidad en la cual valoro negativamente esa capacidad de innovación. Pero yo creo que, principalmente, la labor del ministerio es intentar ponerlo fácil y, por otro

lado, evidenciar quién aprovecha sus competencias y quién no. Nosotros una de las cosas con las que nos hemos encontrado en el ministerio es con poca cultura de exponer, publicar y publicitar resultados de estudios o encuestas. Es tarea nuestra evidenciar quién está actuando y quién no en el marco de la estrategia de SC en APS, y publicar en abierto los resultados de las evaluaciones, y, por supuesto, mantener las dimensiones relacionadas con la SC en los siguientes planes y hacerlo a partir de dónde se ha dejado. En el plan anterior se impulsó el documento de cómo incorporar los determinantes sociales de salud en la historia clínica. Pues en el siguiente plan lo que toca es la siguiente parte: operativizar todos esos elementos en la historia clínica.

¿Qué medidas concretas en acción comunitaria en salud se plantean implementar a corto y largo plazo? ¿Pensáis que se pueden hacer reformas en políticas organizacionales para favorecer el abordaje comunitario?

Ahora mismo todo lo relacionado con nuevas medidas está recogido en la actualización del plan de acción. Ahí es donde habrá una serie de medidas relacionadas con la línea de SC. Pero hay algunos elementos del trabajo de la acción comunitaria para la salud que están presentes en muchos otros ámbitos. Es decir, elementos que van más allá de la cajita de SC y APS, pero que desde el ministerio sí que se abordan con esa perspectiva. Además, esperamos que a lo largo del próximo semestre podamos aprobar ya la ley de universalidad. Una vez aprobada, habrá que convertir el derecho en un hecho. Ahí queremos ser pioneros y desarrollar un plan que esté relacionado con la puesta en marcha de elementos que garanticen el acceso sanitario a todo el mundo. Creo que esos elementos no se podrán implantar si no es desde una perspectiva de base en la APS, con visión de determinantes sociales de salud y con relación a todo el tejido que vertebra el barrio.

El día 3 de junio en el Ministerio presentamos la plataforma de demostración de APS de la OMS para Europa, que es una iniciativa para la cual nos pidieron que acogiéramos a delegaciones de diferentes países de Europa para presentarles el modelo de APS en nuestro país. Va a venir la República Checa y nos vamos a ir con ellos a Asturias, ya que ese tipo de iniciativas también sirve para intentar detectar cuáles son las comunidades autónomas que quieren ir un poco más allá en algunos ámbitos, especialmente en el ámbito de la APS, y trabajar con ellos de forma un poquito más cercana para empujarlas en esta dirección.

Y sobre lo que decías de cómo fomentar otros modelos, o cómo cambiar algunos modelos relacionados con la cultura de la organización, eso creo

que le queda muy lejos al ámbito del Ministerio, no porque no tenga competencias, sino porque no tiene capacidad de acción tan aguas abajo. En los cambios de cultura de organización sí que se puede aplicar la frase de Eduardo Galeano: «Lo único que se construye de arriba hacia abajo son los pozos». Se pueden favorecer elementos que faciliten ese tipo de cambio, pero si no sale de abajo no es posible. Ahora bien, hay lugares en los que es más fácil que salgan de abajo que en otros. Creo que Asturias es un lugar en el que actualmente pueden hacerse cosas. Probablemente en Asturias sí que se puedan implementar medidas que en alguna otra región no se podrían implementar ni por asomo, porque no haya el caldo de cultivo necesario para ello.

«En los cambios de cultura de organización sí que se puede aplicar la frase de Eduardo Galeano: “Lo único que se construye de arriba hacia abajo son los pozos”. Se pueden favorecer elementos que faciliten ese tipo de cambio, pero si no sale de abajo no es posible.»

Una de vuestras propuestas estrella, o al menos una de las que más repercusión ha tenido, es la futura agencia estatal de SP. ¿Qué papel tendrá en todo esto que estamos comentando sobre la perspectiva comunitaria de la SP?

Esperamos que se pueda aprobar próximamente y, después, en los estatutos es donde se aclarará que parte de todas las políticas de SP van ahí encajadas. Un modelo pensado para un análisis del riesgo se puede definir en términos de evaluación, comunicación y gestión. La idea es que la agencia se encargue de la pata de evaluación y comunicación, y la dirección de SP de la parte de gestión. En un primer momento, se pensó en enfocarla más hacia un marco de una agencia española de vigilancia epidemiológica o de control de alertas y emergencias sanitarias, pero nosotros apostamos por intentar abrir un poquito más el foco, y esperamos tener cierta capacidad para ello; de manera que si la Agencia Española de Medicamentos y de Productos Sanitarios está muy bien coordinada con la Dirección General de Cartera de Servicios y Farmacias, la Agencia Estatal de Salud Pública tendrá que estar muy bien coordinada con la Dirección General de Salud Pública. Que la Agencia estatal de SP vaya más allá de la vigilancia epidemiológica es algo con lo que está de acuerdo todo el mundo.

Recientemente, habéis trabajado bastante con el problema del tabaquismo. Desde APS y SP se han utilizado diferentes estrategias para abordar el

tabaquismo. ¿Cómo crees que puede complementar la acción comunitaria a las nuevas medidas planteadas?

Todas las medidas se incorporan en el Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, teniendo en cuenta que el diseño debe ser progresivo en términos sociales, no en términos temporales. Y por eso una de las cinco patas del plan está relacionada con el desarrollo de alianzas con diferentes actores en el ámbito social y comunitario. En la APS es donde tiene que estar la base de todo lo relacionado con las políticas de prevención del inicio o de la deshabitación tabáquica, especialmente en el ámbito del trabajo enfermero. El impacto más favorable que tiene todo lo relacionado con este tema es que tú dices algo relacionado con el tabaco y ya tienes todos los titulares que te puedas imaginar. La capacidad de centrar la atención que tiene todo lo relacionado con ese asunto es verdaderamente espectacular. Creo que lo fundamental es intentar tener cierta capacidad para vincularlo con aquellas cosas que sí que hay que desarrollar para que haya entornos saludables y para que la gente pueda llevar a cabo vidas saludables y en igualdad de condiciones en términos sociales.

Desde la OMS se nos ha propuesto participar en una iniciativa relacionada con el tema del ejercicio físico. Una de las ideas es intentar vincularlo con las alternativas de ocio para los jóvenes y la relación que se puede tener con ciertos tipos de consumos, y además queremos tener una especie de mapeo por niveles de renta de los diferentes municipios donde se va a aplicar para priorizar las áreas con quintiles inferiores de renta y poder hacer una intervención precoz.

Es inevitable hablar con el secretario de Estado de Sanidad y preguntarle por la gestión de la pandemia. En la pandemia surgió, a iniciativa de la Alianza de Salud Comunitaria, el Observatorio de Salud Comunitaria y COVID-19, que unió a muchos profesionales con el objetivo de repensar la pandemia y las medidas para atajarla desde una perspectiva comunitaria. ¿Piensas que la pandemia nos ha enseñado algo a este respecto? Si volviésemos a atravesar una pandemia, ¿qué medidas de este tipo podrían aplicarse?

En una situación de pandemia lo que se hace es responder con medidas que aportan una cierta sensación de seguridad, y aportan seguridad las medidas con las que trabajas cotidianamente. Si no estás acostumbrado a trabajar en un marco comunitario, lo que no vas a hacer es incorporarlo justamente en un momento de emergencia con tremendos niveles de incertidumbre. Si llegara una nueva pandemia, habrá algunos hitos que ya estarán desbloqueados, y no habrá que empezar a hacer la pedagogía desde cero, por lo que habría cierta capacidad para que una parte importante de la respuesta estuviera encaminada, no tanto a la evitación universal del riesgo, sino a la protección más selectiva de aquellos lugares, de aquellos grupos de individuos y de aquellos grupos sociales en los que el daño pudiera ser mayor (no estoy hablando de daño clínico, sino principalmente de daño social). Lo que sí que creo es que durante la pandemia se activaron muchas formas de relación entre diferentes agentes y con las instituciones. Y opino que esto es bastante relevante, porque algunos de esos vínculos han seguido manteniéndose y es más fácil, digamos, activarlos en situación de necesidad. Soy de la opinión que, en una próxima pandemia, la respuesta no va a ser igual. Hay un cierto consenso en que hay que ir hacia una mayor selectividad y con una mayor protección, y esa protección no es una protección clínica, es una protección social; y una protección social solo bebe de acciones como las comunitarias.

No sabemos todavía quién será el siguiente entrevistado, pero ¿quieres hacerle alguna pregunta a alguien de cualquiera de las opciones políticas en España sobre su concepción de la salud comunitaria?

Básicamente, es lo que le preguntaría a casi cualquier persona: si había oído hablar de la salud comunitaria antes de llegar y a qué le suena. Porque creo que uno de los asuntos relevantes es que seguimos teniendo unos representantes políticos, que, en el mejor de los casos, tienen algo de conocimiento sobre la organización del sistema, pero no llegan mucho más allá.

Javier, muchas gracias por tu colaboración con nuestra revista.