

Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor.

Miquel Porta Serra

Instituto Municipal de Investigación Médica - Hospital del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Carolina del Norte

La tramitación de la Ley General de Salud Pública me parece una oportunidad histórica para hacer pedagogía de la epidemiología, la salud pública, la medicina preventiva y las otras ciencias y profesiones de la salud, la vida y la sociedad. Una pedagogía especialmente orientada “afuera”: hacia todos los sectores de la sociedad española.

El anteproyecto, que se ha difundido ampliamente, propicia y merece aportaciones del máximo nivel científico, intelectual y profesional. El debate de esta ley no puede quedar secuestrado por intereses sociopolíticos de corral o por mezquindades corporativistas. Creo que podemos mirar al horizonte común de nuestro país –quizá hacia 2050–, tras el cual existirán muchas realidades que llegaremos a vivir o no, pero para las que ahora tenemos la obligación de pensar un instrumento tan importante como esta Ley. Desde las instituciones científicas y profesionales debemos esforzarnos en persuadir a participar en el debate a las organizaciones, instituciones y actores social e intelectualmente más exigentes.

Entiendo que un eje central de la ley es su voluntad de actuar sistémicamente sobre las conexiones causales entre economía, salud, cultura y ciudadanía. O si se prefiere, entre economía sostenible, salud pública, energía y medio ambiente, valores democráticos... Ahí están –actuando sistémicamente– los mal llamados ‘determinantes’, los grandes factores condicionantes de la salud de la sociedad europea del siglo XXI: en los sistemas de economía y trabajo, medio ambiente, transporte y energía, alimentación, relaciones de género, consumo, en la calidad de nuestra democracia... Creo que esta ley puede ser un ejemplo de una nueva generación de leyes que piensan a la sociedad –y a su transformación– de un modo más complejo, pragmático y radical; y sí, más sistémico... y sino ¿cómo ser coherentes con los planteamientos teóricos que tan a menudo hacemos sobre el impacto de los condicionantes de la salud?.

La ley manifiesta su voluntad de contribuir a desarrollar los principios de “salud y equidad en todas las políticas”. Mi acuerdo con ese lema no me impide apreciar que ninguna ley sola puede lograr tal influencia, como no puede lograrlo un solo ministerio; ni el de Economía podría, suponiendo que la salud llegase a ser una de sus prioridades. Hecho en falta un análisis en profundidad de las relaciones de poder que más influyen en “todas las políticas”. Y una praxis; por ejemplo, abogacía en los foros de relación de esos flujos de poder, y hallar puntos críticos de intervención en tales relaciones de poder. ¿Por qué no proponer que la ley cree un(a) ‘Public Health Officer’? (una, sí, pues el gobierno central nunca ha tenido una Directora General de Salud Pública). Bien, pues ¿por qué no proponer que la ley cree una ‘Public Health Officer’ con poder transversal sobre todos los ministerios, y que a la manera del actual Defensor del Pueblo sólo dependa y rinda cuentas al Parlamento?. Sin embargo... Sí, al cabo, muchas otras direcciones generales tendrían derecho a reclamar esa transversalidad y poder; entre otras razones, porque también influyen sobre la equidad y la salud.

Como se dice en el anteproyecto, “Salud pública es la salud del conjunto de la sociedad, medible mediante los correspondientes indicadores de salud poblacionales. También son salud pública las políticas públicas y privadas, transversales a todas las políticas y actuaciones, los servicios, programas y productos desarrollados por las instituciones públicas, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de incidir sobre los procesos y factores que más influyen en la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.” La salud pública cuida cotidianamente qué respiramos, bebemos y comemos, como trabajamos, nos movemos y convivimos. A veces las definiciones ayudan a hacer pedagogía (pueden verse algunas más al final del documento). Hoy aquello del “esfuerzo organizado por la sociedad” suena un poco forzado; entre otras razones porque el anglosajón “effort” es un “falso amigo”.

A las personas y sociedades nos suele costar apreciar lo que en silencio hace bien. ‘Apreciar’ en todas las acepciones del término: ver, percibir, dar valor, valorar... Los beneficios económicos, sociales y humanos de las inversiones en salud pública son cotidianos, generalizados para el conjunto de los ciudadanos, y tanto a corto como a largo plazo. Pero a menudo su percepción social es tenue; y las múltiples dimensiones de su valor, escasamente percibidas. Son, además, de difícil medición y de aún más difícil cuantificación. De modo que no suelen contemplarse debidamente en la contabilidad al uso ni en nuestros sistemas de valores. No es un problema reciente, ni único de España, ni exclusivo de la salud pública: toda actividad, proceso u organización que hace bien en silencio es inherentemente menos “visible”. En todas partes, siempre ha habido que explicar qué hace la salud pública; por ejemplo, mediante ejemplos comprensibles para ciudadanos que no son profesionales del sector. También aquí la filosofía y el pensamiento económico tienen mucho que aportar. Los vastos beneficios sociales y humanos que reportan las proporcionalmente escasas inversiones nominales en salud pública raramente aparecen en los registros públicos. Mas así ocurre también con muchas otras políticas públicas y privadas: cuán escasa y pobre es casi siempre la evaluación de sus efectos, especialmente los beneficiosos para las personas y colectividades... No creo, pues, que la salud pública deba recurrir al consabido quejío (“no nos ven, no nos entienden, no nos quieren...”): algo más profundo afecta también a muchas otras actividades y profesiones –algo enquistado en el patológico modelo de desarrollo actual.

Señalaré de paso que es incoherente razonar (acertadamente) sobre los múltiples factores condicionantes de la salud y, en cambio, no cuantificar las inversiones que se hacen “fuera de la salud pública” con impacto en la salud. Debemos hallar algún modo de sumar –a lo que nuestra sociedad invierte en salud pública– alguna parte de las inversiones que hacemos (en educación, trabajo, medio ambiente, alimentación, urbanismo...), y cuyo impacto en la salud individual y colectiva reconocemos apenas a cierto nivel retórico. Esa suma es esencial: por pura coherencia intelectual y porque difícilmente se puedan dar valor a algo que se ignora.

La salud pública es un sector real de inversión, empleo y creación de riqueza. ¿Por qué la economía convencional (la que influye desde “fuera de la salud pública”) integra de forma tan exigua a la salud pública en sus paradigmas? Además, las políticas públicas y privadas de salud pública favorecen la cohesión social y la lucha contra las desigualdades sociales. Generan conocimiento e “investigación para el desarrollo”. Un conocimiento de enorme calado social y un desarrollo verdadero. Las hebras de la salud pública son parte esencial del tejido democrático. Muchos servicios de salud pública exigen tecnología, innovación, inversión,

espíritu de empresa, capital humano, impuestos, inspecciones, conciencia social y ambiental, civismo... Y ciertos valores morales. También muchas otras políticas poseen cualidades y exigencias similares. La salud pública es un sector importante en toda economía equitativa, sostenible, productiva y respetuosa con el medio ambiente. En la coyuntura actual es sumamente relevante buscar nuevas fórmulas de intervención en los procesos que conectan causalmente desarrollo humano, economía, salud, medio ambiente y democracia. Disculpen que lo subraye: como los de tantas otras políticas, los objetivos de la salud pública son el desarrollo humano (de las personas y comunidades: en cualquier visión que sea democrática), la justicia y la equidad, la libertad, la creación de riqueza y conocimiento, la sostenibilidad (económica, ambiental, cultural), el capital humano y ambiental, el buen gobierno y la calidad democrática...

Debemos analizar los fundamentos filosóficos, morales y prácticos que justifican crear nuevos servicios, productos y modelos de negocio –legítimos– que actúen sobre las causas económicas, sociales y ambientales de la salud y la enfermedad. Que generen auténticos beneficios sociales. Y, además, legítimos beneficios empresariales. Según la definición de la economía un bien público es aquel no rival y no excluyente, que está disponible para todos y cuyo uso por una persona no substraer el uso por otros. Desde esa perspectiva, parece que los mercados no generan incentivos empresariales a la producción de bienes públicos. ¿Por qué? ¿O no es completamente así? Quizá es que los ‘mercados’ –los que han funcionado en las últimas décadas– deben cambiar sus reglas, o que necesitamos que ‘alguien’ incentive la producción de auténticos beneficios públicos - sociales... ¿No es una cuestión fundamental?

Sugiero que debemos revisar de forma sistemática y global (internacional) las aproximaciones clásicas y contemporáneas al análisis de los beneficios que el sector de la salud pública genera para la sociedad. Mi hipótesis es que dichas aproximaciones son hoy demasiado limitadas, y que la actual crisis económica y cultural las señala como obsoletas; por ejemplo, apenas cuantifican los beneficios que el sector de la salud pública genera para la economía en términos clásicos, y no lo hacen en absoluto en parámetros más novedosos, como los relacionados con las capacidades cognitivas, la equidad, la solidaridad intergeneracional o la conservación de nuestra herencia ambiental y cultural.

En definitiva, debemos proponer nuevos sistemas y fórmulas para visualizar conceptualmente, cuantificar empíricamente y valorar culturalmente los beneficios para la salud pública de las políticas públicas y privadas, servicios y productos. Para ello, podríamos buscar respuestas novedosas a preguntas como las 4 siguientes:

– ¿Cómo mejorar la percepción y valoración sociales de lo que se hace bien, va bien y hace bien? ¿Cómo dar más valor a aquellas políticas, servicios y productos que –de forma más o menos “invisible”– rinden beneficios a las personas y colectividades?

– ¿Qué referentes puede adaptar el análisis de los beneficios en salud a partir de áreas como la economía de la educación, la economía ambiental, lo análisis económicos sobre energías renovables, movilidad, etc.? ¿Qué perversiones de estas ideas se pueden prevenir?

- ¿Cómo crear nuevos modelos de negocio (y otorgar más valor a los ya existentes) que actúen sobre las causas socioambientales de enfermar y rindan legítimos beneficios sociales y empresariales?
- ¿Cómo medir mejor los costes humanos y económicos que “externalizan” las componentes más obsoletas de nuestro actual modelo de desarrollo?

¿Son los beneficios de las políticas sociales –humanos, económicos, ambientales, culturales...– inevitablemente invisibles? En absoluto. La salud es en sí misma riqueza, como se ha reconocido tantas veces –por ejemplo, en la propia iniciativa finlandesa de “salud en todas las políticas”–, y olvidado tantas otras. Este “olvido” no es casual ni es baladí: refleja la marginación a la que los actuales modelos de desarrollo condenan al ser humano. Nos olvidamos de nosotros mismos. Sugiero que al pensar sobre la Ley de salud pública sería acertado pensar concretamente en su impacto sobre el ser humano: ¿qué posibilidades de realización o desarrollo o modos de vida queremos para “él” en las próximas décadas? Si este planteamiento parece demasiado teórico o moral, no preocuparse: el anteproyecto tiene docenas de propuestas concretas sobre cuestiones técnicas y profesionales. Y de esas propuestas concretas también debemos hablar.

Por ejemplo, propuestas sobre transparencia, declaración de intereses, obligatoriedad de evaluar la efectividad de los programas... Mas, de nuevo, poco de ello tiene sentido si no hay algún horizonte de ideas. (El que sea: todo el que sea aceptable en una sociedad democrática). La oposición que van a encontrar estas propuestas de la Ley en los sectores más reaccionarios sólo podrá superarse, creo, si asumimos que –por ejemplo– promover la transparencia y el buen gobierno son modos de dar mayor consistencia, resistencia y plasticidad a nuestro tejido democrático. O que la actual crisis no es sólo financiera, económica y ambiental, sino también cultural. La reflexión cultural sobre el hiperconsumismo de las últimas décadas ofrece referentes para contextualizar fenómenos de profundas raíces económicas y culturales, como el abuso en la utilización de ciertos servicios médicos asistenciales.

Claro que la medicina convencional ayuda a mucha gente, sobre todo a los enfermos que reciben tratamientos verdaderamente eficaces sin merma de su autonomía personal. Pero la respuesta del sector sanitario a la crisis no puede consistir sólo en hallar nuevas fórmulas de financiación para atender a quienes sufren las enfermedades que el propio modelo económico causa. Esto no es una respuesta, es más de lo mismo; es seguir en las rutinas más especulativas y socialmente improductivas. Por cierto, ¿cuánto o qué análisis se está haciendo de las causas sanitarias de la crisis financiera? ¿y de los cómplices sanitarios? ¿cuánto de ello se aplica al análisis del papel que en la “nueva economía” se postulaba para la industria biomédica y biotecnológica?. Abandonar la actual inercia consumista y tecnocrática es una exigencia: en primer lugar, cultural y ética; y sólo en segundo lugar, económica. Claro que hay que ahorrar, que no hay que derrochar... pero ¿por qué sólo en tiempos de crisis?. Hoy está claro que por debajo de los dislates económicos, los fraudes o los productos financieros tóxicos había (hay) sistemas culturales, sanitarios, económicos y políticos inaceptables; entre ellos, la especulación y la hipóbole consumista, la grotesca exageración de la eficacia de ciertas tecnologías (también algunas biomédicas, genéticas y ‘ómicas’, por ejemplo). Por razones morales y

económicas –coyunturales y de fondo– el sistema de asistencia médica debe dejar de hacer las muchas cosas inútiles y dañinas que actualmente hace y centrarse en hacer mejor – técnicamente mejor y con más humanidad– lo que realmente funciona. Menos es más cuando “más” no sirve de nada.

El proyecto de Ley General de Salud Pública contiene, naturalmente, muchas otras propuestas. Es, creo, sumamente respetuoso con las competencias autonómicas y municipales en salud pública. Y apenas plantea explícitamente una cuestión fundamental: cómo reforzar la cooperación en salud pública entre Comunidades Autónomas. Sin embargo, en mi opinión estamos en un momento óptimo –nunca es perfecto– para plantear la cuestión. Hoy por fin algunos historiadores reconocen ya que, por positivas que fuesen muchas componentes de la Transición, no todo se hizo bien. Las transferencias de las competencias en salud pública me parecen un ejemplo de lo segundo, o de ambas cosas a la vez: muchas dimensiones de esos procesos de transferencia fueron positivas, la mayoría y globalmente. Sin embargo, casi no se implementaron de forma efectiva mecanismos de coordinación y de cooperación entre CCAA, por razones que no es momento de analizar. El resultado es que a menudo en nuestro estado autonómico la toma de decisiones en salud pública parece más propia de una “federación de estados independientes” que de un estado federal. A veces este parece el estado del “sálvese quien pueda” (de acuerdo, exagerando algo...). Pero al menos en los estados federales quienes pierden una votación respetan con lealtad la decisión democrática mayoritaria.

Las leyes autonómicas de salud pública tramitadas en los últimos tiempos deben valorarse a la luz de, entre otras, la siguiente pregunta: ¿Qué mecanismos de cooperación entre CCAA contemplan tales leyes para cumplir los fines que son propios de las CCAA, los que no lo son y, en todo caso, proteger la salud de los ciudadanos?

Por decirlo cordialmente: ¿Y si llegase el día en que a un político español no le resultase ya rentable argüir que tal tema “es competencia nuestra”? Por supuesto, la defensa de las propias competencias es a menudo legítima, necesaria y jurídicamente fundamentada. Y ha tenido enormes efectos positivos. Sin menoscabo de lo cual unos pensaréis que de tal fundamento legal se ha abusado, y otros que no. Cuestión hoy más relevante es, a mi juicio, si esa defensa competencial ha ido acompañada de sus necesarias contrapartidas, dado como operan los complejos procesos condicionantes de la salud en el espacio geofísico, económico y cultural español. Bien haría a los ciudadanos que más a menudo siguiésemos razonamientos como este: “aunque [tal asunto de salud pública] es competencia nuestra, puesto que los virus [o contaminantes, o flujos demográficos, o rutas comerciales, o...] no conocen de fronteras autonómicas, ¿qué tal si ejerzo mi deber y me coordino o coopero de algún modo con las otras Comunidades Autónomas afectadas?” Creo que es momento de plantear mecanismos jurídicos, políticos, económicos, culturales y técnicos para avanzar en esta idea: no es legítimo aprovechar la legislación sólo para reclamar competencias y no aprovecharla –legislación que también existe– para cooperar en aquello que exige la salud del conjunto de la sociedad española. Es hora de activar los mecanismos jurídicos que permiten –y a veces exigen, pero apenas se utilizan– que nuestras Comunidades Autónomas cooperen de forma mucho más efectiva y eficiente en salud pública. Sin necesidad de “devolución” alguna. Sin que necesariamente se debilite todavía más el papel del gobierno central, sino todo lo contrario. Aunque estos extremos son asimismo opinables, por supuesto.

Acaso la principal línea intelectual de conexión entre las ideas sobre las que estoy proponiendo reflexionar está en apreciar el carácter cultural de la crisis. En un cierto “así no nos apetece vivir” y “así no nos parece correcto vivir”. Lo ético anda por ahí mezclado con lo estético, con lo emocional. Si queremos superar la crisis realmente (y no en falso) no podemos volver a lo de siempre, a más de lo mismo ¿No es obvio? Lo es o no lo es, no sé... Pero hay poderosos sectores ávidos por volver a lo mismo cuanto antes. Para superar las causas de la crisis debemos mirar, ver y valorar mejor lo que hace bien; en particular, las políticas, servicios y productos que realmente rinden beneficios a las personas y comunidades. Cuantificar y explicar mejor los costes y beneficios humanos, sociales, culturales y económicos de las inversiones en salud pública y medio ambiente –y, por supuesto, también en educación, salud laboral, agricultura ecológica, energías renovables, movilidad...– dará más visibilidad a esas inversiones. Les dará más valor. Reforzaré a las organizaciones ciudadanas, empresas y administraciones más innovadoras y fuertes ante el clientelismo cortoplacista y consumista. Y nos dará más confianza para seguir poniendo en práctica otros modelos de desarrollo, otras formas de vivir.

-
- Las causas fundamentales de nuestros estados de salud son socioeconómicas, ambientales y culturales.
 - Necesitamos más "políticas de causas" y menos "políticas de consecuencias".
 - Necesitamos más "políticas poblacionales" (valga el pleonasma, cuando lo sea) y menos "políticas individualistas" (valga el oxímoron, cuando lo es).
 - La salud pública cuida cotidianamente qué respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos y convivimos.
 - Muchos riesgos sociales y ambientales no se pueden privatizar, pues ante ellos el individuo está inerme; las "estrategias poblacionales" son imprescindibles.
 - Debemos propiciar más alianzas entre organizaciones sociales, empresas e instituciones comprometidas con la defensa de la salud laboral, salud pública, medio ambiente, justicia, educación... comprometidas con el avance de otras formas de vida (trabajo, género, movilidad, energía, alimentación): porque éstos son los condicionantes de la salud individual y colectiva.
 - Hoy el mundo vive ingentes cambios culturales. Esos cambios operan a escala local, por supuesto. Las causas del "botellón" son culturales y económicas. Debemos desarrollar más reflexión cultural sobre los procesos de salud / enfermedad.
 - Los significados y las implicaciones culturales de los estudios de investigación no se desprenden jamás automáticamente de los hallazgos empíricos.
-

En la vida algunas cosas importantes tienen definiciones simples y unívocas; otras tienen definiciones pluridimensionales. La definición de Salud Pública no es unidimensional, sino que tiene cinco facetas. La salud pública:

- 1) es la salud del conjunto de la sociedad, medible mediante los correspondientes indicadores de salud poblacionales;
- 2) son las instituciones, empresas y organizaciones sociales y ciudadanas que protegen y fomentan el estado de salud de los distintos grupos de la sociedad, sanos o enfermos;
- 3) son las políticas públicas y privadas, servicios, productos, programas y actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones con la finalidad de: actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud; prevenir la enfermedad; y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva;
- 4) es una profesión basada en un conjunto muy diverso de valores, conocimientos, competencias, actitudes y habilidades, que desarrolla múltiples actividades en diferentes ámbitos (administración, áreas de salud, empresas, hospitales), y que ejercen profesionales de la salud (médicos, enfermeras), así como profesionales de las otras ciencias de la vida y la sociedad (veterinarios, biólogos, ambientalistas, educadores, sociólogos, ingenieros, expertos en comunicación); y
- 5) es un campo, área de conocimiento o disciplina académica plural con funciones sociales de investigación, docencia y transferencia, que integra conocimientos y métodos de múltiples ciencias de la salud, la vida y la sociedad (medicina, epidemiología, estadística, sociología, economía, ingeniería, etc.).

Finalmente a veces convendrá recordar que aunque ambos términos están relacionados, *sanidad pública* no es sinónimo de *salud pública*:

- en primer lugar porque, en su acepción más habitual y restringida, ‘sanidad pública’ se refiere al sistema público de asistencia clínica (individual);
 - y en segundo lugar, porque incluso la acepción más amplia y rigurosa de ‘sanidad pública’, que incluye los servicios (colectivos) de salud pública, excluye los efectos sobre la salud colectiva de las políticas y servicios que operan desde fuera del sistema de salud (economía, educación, trabajo, medio ambiente, energía, alimentación, vivienda, urbanismo); estas políticas tienen pues efectos sobre la salud pública, aunque sus instituciones no deban englobarse dentro de la sanidad pública.
-