

Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)»

Vicente Ortún

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.

(Public health: «politics help those who help themselves [in health services]»)

Resumen

La salud de los países pobres mejora aplicando conocimientos de salud pública, lo que requiere capacidad institucional y voluntad política, dos condiciones que el mero aumento de la renta no garantiza. Tanto el análisis coste-beneficio generalizado como la priorización social o compartir conocimientos mediante consenso constituyen métodos adecuados para escoger los planes de actuación. Ciertos problemas, como el aumento de la desigualdad dentro de cada país o el calentamiento global, pueden requerir cambios en nuestras «reglas de juego» al resultar muy difíciles de abordar tanto a través de mecanismos de mercado como mediante las intervenciones públicas de las actuales naciones-estado. «A la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)» podría ser el lema de la necesaria conciliación entre las acciones individuales y las colectivas sobre la salud. Resulta tan importante actuar sobre las diferencias de morbilidad entre individuos con parecidas exposiciones como disminuir el riesgo global de los grupos poblacionales en los que se concentran las desgracias. En un país como España la conciliación citada pasa por un Estado del Bienestar que consiga una «deseabilidad» social basada en su legitimación democrática y efectividad de actuación, que requiere la consecución de la mejor combinación de actuaciones clínicas y de salud pública.

Palabras clave: Determinantes de la salud. Círculo vicioso pobreza/enfermedad. Análisis coste-beneficio generalizado. Establecimiento de prioridades. Globalización. Estado del Bienestar. Salud Pública. España.

Abstract

Poor countries health improves with the application of public health knowledge, but this requires from institutional capacity and political will, not automatically guaranteed by income growth alone. Generalized cost-benefit analysis, explicit establishment of priorities and even consensus (knowledge sharing) are suitable methods to select appropriate policies. Some problems, such as the increasing inequalities among countries or the global warming, may require a change of our institutions given than both market mechanisms and traditional policy intervention by nation-states may prove insufficient. «Politics help those who help themselves (in health services)» could be the motto for the necessary conciliation between individual and collective actions on health. It has a similar importance to act upon the differences between individuals with similar exposures as diminishing the global risk of those social groups where misfortunes cluster. In a country such as Spain the aforementioned conciliation happens though a Welfare State capable of achieving social 'desirability' based upon democratic legitimacy and effective behavior, effectiveness that can not be obtained without the best combination of clinical and Public Health interventions.

Key words: Health determinants. Poverty/illness vicious circle. Generalized cost-benefit analysis. Establishment of priorities. Globalization. Welfare State. Public Health. Spain.

Correspondencia: Vicente Ortún.
Centro de Investigación en Economía y Salud.
Universitat Pompeu Fabra.
Ramon Trias Fargas, 25. 08005 Barcelona. España.

Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu

Introducción

Si por salud pública se entiende la acción colectiva, no necesariamente estatal, encaminada a proteger y promover la salud de las poblaciones, y nos preocupa cómo los conocimientos al respecto pueden plasmarse en políticas de salud efectivas, habrá que repasar varios aspectos:

1. La evolución de los determinantes de la salud (sobre ellos habrá que actuar) prestando particu-

Ortún V. Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)»

lar atención a los círculos viciosos, como el que puede darse entre la pobreza y la enfermedad.

2. La importancia y la vulnerabilidad de los diferentes determinantes según el tiempo y el espacio, así como los métodos para recomendar acciones.

3. Los criterios según los cuales las acciones recomendadas puedan esperarse del comportamiento del mercado o, por el contrario, deben impulsarse a través de la acción colectiva, sobre todo la intervención pública.

4. Las formas de conseguir equilibrios razonables entre actuaciones individuales y colectivas sobre la salud.

Evolución de los determinantes de salud y círculo vicioso pobreza/enfermedad

Tal como McKeown sospechó y Fogel¹ probó, han sido el crecimiento económico y la mejora de la nutrición los factores que explican con mayor consistencia la espectacular caída secular de la mortalidad. Entre mediados del siglo XIX y el siglo XX, las medidas de salud pública —con fundamento científico a partir del descubrimiento de la etiología específica de las enfermedades infecciosas a finales del siglo XIX— son las que asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud: implantadas primero en Europa noroccidental, después en Norteamérica y, más rápidamente, en el sur y sureste de Europa, y finalmente, a partir de la Segunda Guerra Mundial, en el Tercer Mundo, con una velocidad aún mayor. La medida reina en salud pública —el saneamiento del suministro de aguas mediante filtrado y cloración, así como la disposición segura de las aguas residuales— explica, por ejemplo, la mitad de la reducción total en mortalidad de las principales ciudades de Estados Unidos a principios del siglo XX². Sólo en estas últimas cinco décadas ha adquirido un cierto protagonismo la atención sanitaria.

En la dimensión espacial resulta claro que los países pobres padecen una mortalidad muy superior a la de los países ricos, pese a los muy notables aumentos en la esperanza de vida, sobre todo entre 1950 y 1990. En India y China la esperanza de vida aumentó casi 30 años desde 1950; incluso África, sin apenas crecimiento económico, vio su esperanza de vida incrementada en 13 años antes de sufrir el impacto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Tras la Segunda Guerra Mundial se difunden rápidamente a los países pobres los conocimientos acumulados anteriormente por los países ricos, que permitían sanear el agua, controlar vectores infecciosos como el anopheles o el piojo, y vacunar o suministrar antibióticos. La menor mortalidad infantil, que no se siguió de un descenso de la fertilidad, provocó la expansión poblacional de la segunda mitad del siglo XX. El crecimiento de la renta, que

permite mejorar la nutrición y las condiciones de los países más pobres, tiene un claro impacto sobre la salud, pero no basta con afirmar «más ricos y más sanos» porque la relación exacta entre renta y salud sigue siendo objeto de discusión³, al ser muy numerosas las variables que intervienen en ello. Algunos países, como China e India, han mostrado menores ganancias en salud precisamente desde que su crecimiento se ha acelerado, a partir de 1980 y 1990, respectivamente. Por otra parte, los países relativamente pobres y con un crecimiento económico moderado o nulo (como Kerala, Cuba, Costa Rica y Sri Lanka) ofrecen excelentes resultados en salud. Los datos internacionales parecen sugerir que el crecimiento económico no mejora la salud de no mediar una acción pública deliberada⁴ dirigida, por ejemplo, al control de la peste (como en China antes de 1980), a la educación de las mujeres (Kerala) o a la formación de profesionales sanitarios (Cuba).

Mejorar la salud de los países más pobres constituye un imperativo humano que últimamente se ha reforzado con el argumento, y algunas regresiones, de que una mejor salud explica el crecimiento económico⁵. Teóricamente, parece obvio que una peor salud afecta a todos los componentes de la función de producción —capital humano, capital físico y eficiencia— con la que éstos se combinan. Al capital humano, a través de una menor capacidad física y mental, peor escolarización, vida más corta... Al capital físico, por su complementariedad con el capital humano, ya que la enfermedad arruina literalmente a las familias cuando es catastrófica, y porque atenúa los incentivos para ahorrar. Finalmente, la enfermedad influye en el parámetro de eficiencia agregada por dos vías: a) obligando a un país a elegir la tecnología menos productiva (p. ej., zonas áridas) por carecer de la riqueza suficiente para afrontar el coste fijo que la tecnología más productiva requiere (saneamiento de zonas húmedas siguiendo con el ejemplo), y b) condicionando las reglas de juego de una sociedad y su organización social, política y económica, como ocurrió con las colonizaciones europeas. El desarrollo institucional se produjo allí donde las condiciones de salubridad fomentaron la permanencia de los colonos (Australia, Estados Unidos, Nueva Zelanda) que se preocuparon de proteger la propiedad y estimular el desarrollo social. En cambio, se optó por la explotación extractiva, el despotismo y el desamparo de la población en las zonas donde los potenciales colonos se encontraron con unas tasas de mortalidad totalmente disuasorias (p. ej., Congo⁶ o la actual Ghana). La calidad de las instituciones de un país explica las diferentes trayectorias observadas; las instituciones pueden cambiar pero su inercia es considerable, y su configuración inicial estuvo muy condicionada por la pauta de colonización seguida, explicada en gran parte por las diferentes condiciones de salubridad⁷.

Posiblemente, este efecto indirecto de la salud sobre

Ortún V. Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)»

la renta, a través del desarrollo institucional, es más importante que el argumentado por la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre macroeconomía y salud, que destacó la necesidad de invertir en la lucha contra la malaria, la tuberculosis y el VIH basándose en sus beneficiosos efectos sobre la renta y la salud. Siguen siendo controvertidos los mecanismos que median entre la pobreza y la enfermedad, que pueden originar círculos viciosos. En cualquier caso, podemos establecer los siguientes aspectos:

1. El crecimiento económico de los países pobres conlleva mejoras en la salud si median dos variables: el crecimiento de la renta de las personas más pobres de cada país y el gasto en salud pública⁸. Hay pruebas científicas, aunque indirectas, para contrastar la hipótesis de que un mayor gasto sanitario público per cápita conduce a mejores resultados de salud para la población pobre⁹. Hay resquicios para que actuaciones sanitarias posibilistas palien la desdicha con salud, para que resten determinismo a la relación entre miseria económica y miseria biológica. Vivir con un dólar al día supone una pobreza extrema; de la actuación pública parece depender que no comporte, además, una condena de muerte¹⁰.

2. Cualquier salida del círculo vicioso supone una actuación simultánea sobre los determinantes de la salud y los de la pobreza.

3. La salud de los países pobres mejora aplicando conocimientos de salud pública, lo que requiere capacidad institucional y voluntad política, dos condiciones que el mero aumento de la renta no garantiza.

Métodos para recomendar acciones

La salud, junto con la renta y la educación, constituye uno de los componentes clave del bienestar humano. El análisis de coste-beneficio generalizado permite comparar el valor de las mejoras en el bienestar con su coste¹¹. La mayor dificultad estriba en qué parte de la mejora en salud atribuir a una acción. Resultó fácil para el cólera, la pelagra o el tabaco. Se ha vuelto bastante más complicado para las enfermedades crónicas, historias complejas con grandes dificultades de medida y proliferación de sesgos en estudios observacionales (o inexistencia de ensayos aleatorios)¹². Aun así, sabemos del protagonismo reciente de los servicios sanitarios¹³, con una ratio de beneficio-coste de 4 a 1, lo cual resulta compatible con que las actuaciones típicamente salubristas sobre el medio ambiente (saneamiento básico) o sobre los estilos de vida (tabaquismo) ofrezcan cocientes más ventajosos, de 21:1 y 30:1, respectivamente¹⁴.

Ante las dificultades analíticas derivadas de las incertidumbres sobre los determinantes de la salud, además de investigar, cabe avanzar tanto por la vía de la participación social como del consenso científico (una

forma de compartir los conocimientos). El Consenso de Copenhague ilustra la segunda posibilidad en un tema muy próximo al que aquí se aborda. Organizado por Bjørn Lomborg con el patrocinio del gobierno danés y *The Economist*, reunió a una comisión de 8 economistas (4 premios Nobel) para ordenar según la eficiencia 32 propuestas que se dirigían a 10 grandes problemas mundiales (calentamiento global, conflictos, corrupción, educación, enfermedades transmisibles, desnutrición, saneamiento...). Se trataba de llegar a un acuerdo, basado en los méritos de las propuestas, acerca de cómo priorizar el 1% del Producto Interior Bruto de los países ricos para ayudar a los países pobres. Las cuatro medidas valoradas como más eficientes fueron: prevención de VIH, acciones sobre la desnutrición (reducir la prevalencia de la anemia ferropénica) y el hambre (tecnologías agrícolas adecuadas para países pobres), reforma del comercio mundial (reducción de aranceles y eliminación del proteccionismo agrícola de los países ricos), y control y tratamiento de la malaria¹⁵.

Respecto a la participación social, la democracia — y secundariamente la eficiencia — reclama criterios explícitos en lugar de los implícitos habituales. Algunos países (Holanda, Noruega, Suecia) han establecido prioridades sanitarias de forma explícita. No bastan aquí los criterios habituales de efectividad y coste-efectividad, pues hay que reflejar también preferencias sociales sobre la edad u otras características, incorporar las concepciones que cada sociedad tenga acerca de cómo distribuir las ganancias en salud, y abordar el papel de la responsabilidad individual. Suecia, por ejemplo, exige un determinado nivel de estreptococos dentales para financiar públicamente un implante: constituye una forma de expresar una solidaridad con los diligentes, no con los negligentes. Obviamente, los límites del albedrío individual no están científicamente establecidos pero la democracia es el gobierno de la mayoría en un país, no necesariamente el reflejo de conciencias particulares o verdades científicas.

Un establecimiento de prioridades explícito tiene serios obstáculos y costes. Entre los obstáculos destaca su escaso atractivo para políticos: establecer prioridades tiene el reverso de destacar qué se deja sin hacer y obliga, por otra parte, a explicar posteriormente hasta qué punto se han conseguido las prioridades establecidas. Asimismo, debe mencionarse la inutilidad que determinadas prioridades origina tanto en las personas que padecen las negativas o retrasos como en quienes contribuyen a tal negativa o retraso. En ocasiones, suele ser más cómodo que «otro» tome las decisiones delicadas. No obstante, la escasa evidencia empírica disponible señala que la participación en los procesos sociales de decisión afecta al bienestar (felicidad, salud) de las personas, y más al «proceso» en sí que el hecho de disfrutar de los «resultados» de ese proceso: los inmigrantes sin derecho a voto en Suiza, por ejemplo, se benefician de

Ortún V. Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)»

los resultados pero no de la participación en el proceso¹⁶.

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso, de la plasticidad de los métodos de evaluación para incorporar criterios diferentes al de eficiencia (criterios distributivos, variables socioeconómicas, responsabilidad individual), y del grado en que conciten acuerdo social porque se perciba que los resultados del proceso reflejan preferencias sociales. Todo ello, para qué negarlo, resulta extremadamente arduo. Pretendemos incorporar las preferencias sociales pero sabemos muy poco acerca de la génesis y la consistencia de tales preferencias. La evidencia disponible nos indica sobre todo que las preferencias de un individuo se alteran en función del marco en que se formula el problema, de su inconsistencia temporal, del impacto de las emociones y de los importantes límites a la racionalidad.

Mercado o acción colectiva

Tanto los fallos del mercado como los fallos del Estado son más la regla que la excepción. Ni la existencia de fallos de mercado basta para justificar la intervención estatal ni los fallos del Estado son suficientes para legitimar el *laissez faire*.

Ciertos problemas, como el aumento de la desigualdad dentro de cada país o el calentamiento global, pueden requerir cambios en las instituciones si resultan muy difíciles de abordar, tanto a través de mecanismos de mercado como mediante la intervención pública de las actuales naciones-estado. El hombre utiliza mecanismos instintivos, incluidas las emociones, para resolver los problemas más relevantes, los más relacionados con la supervivencia y la reproducción. Nuestra mente ha evolucionado durante los últimos 2 millones de años en un entorno de cazadores-recolectores, por lo que tanto en su dimensión de cooperación instintiva como de racionalidad limitada está mal adaptado a un entorno globalizado, caracterizado por la cooperación «con extraños»¹⁷. El hombre ha ido diseñando las instituciones para adaptarse a realidades cambiantes. Las «instituciones» deseables son las que mejor concilian el interés individual con el interés social.

Actuaciones individuales y actuaciones colectivas

Sabemos que hay tres tipos de individuos: aprovechados, reciprocadores estrictos y castigadores altruistas (personas que están dispuestas a sacrificar utilidad per-

sonal para conseguir justicia y cumplimiento de las normas sociales)¹⁸. Obviamente, la evolución humana conoció etapas en que se salvaba todo el grupo o no se salvaba nadie. Si los problemas encontrados por la humanidad hubieran sido siempre del tipo «ponte las deportivas para correr más que tu compañero porque está cargando un oso hambriento» no tendríamos castigadores altruistas entre nosotros.

En el ámbito de la salud pública siempre se obtendrá mayor financiación, y sentido inmediato, el hecho de centrarse en vacunas contra la malaria, por ejemplo, que buscar soluciones globales a problemas globales, lo cual supone una actuación política sobre la organización económica y social. Los nuevos anzuelos moleculares y genéticos distraen de los enfoques globales.

El individualismo, incluso el abstenerse de manera militante de cualquier implicación tanto en los cursos de acción (*policy*) como en las decisiones grupales (*politics*)¹⁹, resulta legítimo y debe cabalgar sobre sí mismo. La salud pública, consciente precisamente de todos sus fracasos para llevar a cabo lo que ya se sabe (la epidemia tabáquica continúa, el contagio por el VIH sigue, predominan las estrategias de alto riesgo sobre las poblacionales...), no pueda soslayar la tremenda disposición a pagar de los individuos por las mejoras de su salud.

«A la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)» podría ser el lema conciliador de las acciones individuales y las acciones colectivas. Las causas sociales, culturales y económicas de la incidencia de enfermedad en una sociedad operan a través de factores de riesgo individual. Resulta tan importante explicar las diferencias de morbilidad entre los individuos con parecidas exposiciones como disminuir el riesgo global de los grupos poblacionales en los que se concentran las desgracias²⁰.

En los países ricos, como España, la conciliación entre acciones individuales y colectivas pasa por garantizar la «deseabilidad» por parte de los ciudadanos de la componente sanitaria del Estado del Bienestar, expresada en disposición social a pagar, de las innovaciones con impacto positivo en el bienestar social. El reto estriba en evitar la dualidad de la sociedad, conjugando responsabilidad individual y social.

Para evitar esa dualidad se precisa un Estado de Bienestar, como el de los países escandinavos, que no fomente la pasividad ni el escaqueo y aliente el desarrollo bajo la disciplina de la competencia internacional. Un Estado de Bienestar que puede muy bien flexibilizar la edad efectiva de jubilación como respuesta al espectacular aumento de la esperanza de vida y atender la dependencia sin reducir o suprimir el Impuesto sobre Sucesiones. Un Estado de Bienestar que —financiado obligatoriamente— elimina las oportunidades para seleccionar riesgos que la genómica otorga a las compa-

Ortún V. Salud pública: «a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)»

ñías aseguradoras, y proporciona, además, los incentivos para que los frutos de las actividades preventivas sean recogidos por el propio sistema (no se cambia de aseguradora). Un Estado de Bienestar, finalmente, que con análisis coste-beneficio generalizados y participación social sepa establecer la mejor combinación de actuaciones, tanto clínicas como de salud pública. Entre estas últimas se reforzarán las tradicionales (agua, aire, alimentos, vacunaciones...) y se debería reconducir la vigilancia del estado de salud hacia la reducción de la brecha entre eficacia y efectividad en la prestación de servicios sanitarios, amén de desarrollar alianzas para afrontar uno de los mayores riesgos que comporta la globalización: el aumento de las desigualdades dentro de los países, tanto ricos como pobres.

El descomunal tamaño de la fuerza de trabajo de los países emergentes (más de la mitad de la producción mundial medida según paridad de poder adquisitivo) ha desplazado la ratio capital/trabajo (que determina los rendimientos relativos de ambos) actuando contra los trabajadores como grupo, quienes han visto reducida su participación en la renta durante estos últimos años en diversos países ricos. La necesaria redistribución dentro de cada país viene condicionada por la competencia «fiscal» entre países que aconseja no «castigar» a los factores de producción con mayor movilidad: capital y trabajo muy cualificado. Por otra parte, el gradiente en salud según la educación y la clase social probablemente aumentará —tanto en cada país como entre los diferentes países— en la medida que se acelere la acumulación de conocimiento, ciencia y tecnología (como con el tabaquismo)²¹. De nuevo, un refuerzo de la democracia y la racionalidad pueden anticipar el momento en que la tecnología beneficie a todos.

Bibliografía

1. Fogel RW. The escape from hunger and premature death, 1700-2100. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
2. Cutler D, Miller G. The role of public health improvements in health advances: the 20th century United States. *Demography*. 2005;42:1-22.
3. Deaton A. Global patterns of income and health: facts, interpretations and policies. Cambridge: National Bureau of Economic Research. Working Paper 12735 [citado 18 sep 2007]. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w12735>
4. Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *J Econ Perspect*. 2006;20:97-120.
5. Sala-i-Martin X. On the health poverty trap. En: López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L, editors. Health and economic growth. Findings and policy implications. Cambridge: MIT Press; 2005. p. 95-114.
6. Hochschild A. King Leopold's ghost: a story of greed, terror and heroism in colonial Africa. Boston: Mariner Books; 1999.
7. Acemoglu D, Jonson S, Robinson J. The colonial origins of comparative development: An empirical investigation. *Am Econ Rev*. 2001;91:1369-401.
8. Anand S, Ravallion M. Human development in poor countries: on the role of private income and public services. *J Econ Perspect*. 1993;7:133-50.
9. Bidani B, Ravallion M. Decomposing social indicators using distributional data. *J Econometrics*. 1997;77:125-39.
10. Wagstaff A. Child health on a dollar a day: some tentative cross-country comparisons. *Soc Sci Med*. 2003;57:1529-38.
11. García-Altés A. El análisis coste-beneficio generalizado de las intervenciones sanitarias. *Humanitas*. 2003;1:37-42.
12. Taubes G. Do we really know what makes us healthy? *New York Times*, 16 de septiembre de 2007.
13. López-Valcárcel BG, Pinilla J. The impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease. *Value in Health* [en prensa 2007] [citado 18 Sep 2007]. Disponible en: <http://www.blackwell-synergy.com/toc/vhe/0/0>
14. Cutler D. Your money or your life. Oxford: Oxford University Press; 2004.
15. Lomborg B, editor. Global crisis, global solutions. Copenhagen Consensus 2004. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
16. Frey B, Stutzer A. Measuring preferences by subjective well-being. *J Institutional Theoretical Economics*. 1999;155:755-78.
17. Camerer C, Fehr E. When does «economic man» dominate social behavior? *Science*. 2006;311:47-52.
18. Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. *Nature*. 2002;415:137-40.
19. Hernández-Aguado I, Fernández-Cano P. Políticas de salud y salud pública. *Gac Sanit*. 2007;21:280-1.
20. Marmot M. Commentary: occupational therapy or the major challenge? *Int J Epidemiol*. 2002;31:1122-4.
21. Cutler D, Deaton A, Lleras-Muney A. The determinants of mortality. *J Econ Perspect*. 2006;20:97-120.