

Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010

Juan Gérvas^a y Ricard Meneu^{b,*}

^a Equipo CESCA, Madrid, España

^b Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de marzo de 2010

Aceptado el 21 de junio de 2010

On-line el 20 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Riesgos

Crisis sanitarias

Gestión

Participación

Preparación

RESUMEN

La percepción, la aceptabilidad y la gestión de los riesgos son construcciones sociales, por lo que en el manejo de las crisis de salud pública la distancia entre hechos y creencias y sentimientos pone a prueba la capacidad de respuesta de las instituciones oficiales sanitarias ante alarmas que pueden ser objetivas, potenciales o imaginarias. Del balance de la experiencia española ante crisis sanitarias destaca como punto fuerte la presencia de profesionales clínicos y de salud pública en una organización capaz de dar respuestas adecuadas, si bien la estructura política española, casi federal, tiene ventajas e inconvenientes. Como puntos débiles destacan la escasa relevancia concedida a la salud pública y una gestión sanitaria excesivamente dependiente de los aparatos partitocráticos. Tanto transferir a los profesionales sanitarios mayores espacios en las decisiones sobre la identificación y la gestión de las crisis (con transparencia) como limitar la inercia burocrática pueden ayudar a mejorar la gestión de las crisis sanitarias. Para algunos, las crisis pueden suponer oportunidades (no siempre legítimas) de negocio o protagonismo, por lo que la percepción de las crisis cada día será más ajena a los expertos y más determinada por colectivos interesados en propagarlas o aportar soluciones. Se necesita avanzar en el desarrollo participativo de estrategias de respuesta a las crisis emergentes, pero más aún en la implicación de todos los niveles sanitarios en su elaboración y conocimiento.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Public health crises in a developed society. Successes and limitations in Spain. SESPAS report 2010

ABSTRACT

The perception, acceptability and management of risks are social construction. Consequently, in managing public health crises, the gap between facts, beliefs and feelings tests the responsiveness of official institutions to health alarms that can be objective, potential, or imaginary.

On balance, a strong point of the Spanish experience of health crises is the presence of clinicians and public health officers working in an organization capable of responding adequately, although the quasi-federal Spanish political structure has both advantages and disadvantages. Weaknesses include the low profile given to public health and a management structure that relies too heavily on partyocracy. The management of these crises could be improved by transferring greater scope to health professionals in decisions about crisis identification and management (with transparency) and limiting bureaucratic inertia. For some, health crises involve visibility or business opportunities (not always legitimate). Therefore, the perception of crisis will increasingly rest less in the hands of experts and more in those of groups interested in spreading these crises or in providing solutions. While progress is needed to develop participation in strategies to respond to emerging crises, even more essential is the involvement of all healthcare levels in their preparation and dissemination.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Risk

Health crises

Management

Participation

Preparedness

¿Crisis? ¿Qué crisis?

En sentido amplio podríamos entender el sistema sanitario como el conjunto de respuestas más o menos organizadas que da una sociedad a los problemas de salud, aunque en sentido estricto se refiera a las instituciones con mandato para ocuparse de los problemas de salud personales o colectivos. Pero la percepción, la aceptabilidad y la gestión de los riesgos son construcciones sociales¹⁻³. Estas construcciones derivan de los distintos modos en que cada colectividad articula una particular configuración de ideas sobre lo que se considera especialmente indeseable y las situaciones en que esto puede ocurrir. Así, el temor a una rara encefalopatía

espongiforme procedente de reses infectadas puede llevar a diezmar la cabaña en algunos países, al tiempo que otros solicitan el envío de las piezas sacrificadas, ansiosos de poder consumir bocados tan escasos en su dieta, asumiendo la baja probabilidad del contagio como menos indeseable que la malnutrición generalizada.

La configuración y la aceptabilidad de las respuestas institucionales ante riesgos de magnitudes comparables muestra enormes variaciones. En una expresión sumamente gráfica, gracias a las «vacas locas» los fumadores europeos dejaron de comer carne. No se acoge y cumple igual la exigencia de disponer de cadenas ante una nevada que la limitación general de velocidad o la obligatoriedad del cinturón de seguridad. Tampoco son proporcionadas las respuestas ante la amenaza del terrorismo religioso si se comparan las sevicias infligidas en los aeropuertos con la ausencia de controles en los trenes de cercanías, aunque este último haya sido el escenario de nuestra mayor catástrofe de origen humano en el siglo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ricard.meneu@gmail.com (R. Meneu).

Puntos clave

- Las crisis sanitarias están aquí para quedarse, y nuestra voluble percepción de riesgos las hará más frecuentes e impredecibles.
- Un sistema sanitario atento a las necesidades de la población está obligado a perfeccionar los instrumentos para garantizar una adecuada preparación ante sus eclosiones.
- Para ello, la reflexión sobre los requisitos de su gestión y la participación ciudadana en estos procesos son tareas que requieren un abordaje cada vez más profundo.

Casi todas las «crisis humanitarias», las provocadas por cualquier tipo de catástrofe (terremotos, maremotos, huracanes, guerras, hambrunas, etc.), implican daños para la salud de los afectados. No obstante, la apelación retórica a las crisis hace que una búsqueda electrónica en inglés de «crisis» y «salud» devuelva mayoritariamente información sobre las carencias de aseguramiento sanitario y la epidemia de obesidad estadounidenses. Sin embargo, en este texto nos centramos en algunas de las específicamente relacionadas con las condiciones sanitarias, que etiquetamos reductivamente como «crisis de salud pública».

Las crisis de salud pública.

Antecedentes en España y lecciones de otros países

El propio manejo de las crisis de salud pública es una expresión cultural que pretende dar respuesta a problemas sentidos por las poblaciones, en ocasiones sus meros miedos atávicos, cuando ponen a prueba la capacidad de respuesta de las instituciones oficiales sanitarias. La crisis en sí y su gestión no pueden separarse de la cultura en que están inmersos el sistema sanitario y la sociedad. En nuestras sociedades desarrolladas se han instalado culturas del despilfarro y de la búsqueda de la salud permanente en lo sanitario^{4,5}. Estas dos culturas explican en parte la sucesión de crisis, que pueden ser objetivas, potenciales o imaginarias.

En la definición y la gestión de las crisis es esencial considerar la percepción del riesgo, cuestión compleja que contribuye a explicar la dispar respuesta a las sucesivas crisis de salud pública por la enorme distancia entre los hechos, las creencias y los sentimientos^{6,7}. La percepción del riesgo ha cambiado también por la globalización, por la inmediatez y la cercanía que conllevan los nuevos usos de los medios de comunicación. Lo que antes parecía lejano y ajeno entra ahora rápidamente en casa y en nuestros corazones y mentes, de manera que el riesgo se vive como cierto y cercano, como algo que nos conmociona por más que sea distante e improbable^{8,9}.

Las crisis de salud pública se ven constantemente como nuevas y distintas, y es cierto que siempre sorprenden, pero también que tienen mucho de esperables y de repetidas. Por supuesto, las crisis tienen en común lo que las caracteriza: un problema de salud (evidente, posible o quimérico) que amenaza a una población, de forma que ésta reacciona con un sentimiento de riesgo y conmoción que reclama una respuesta sanitaria inmediata, y a veces desproporcionada. En este sentido, conviene distinguir las crisis de salud pública generales de las más concretas asociadas a las catástrofes, pues en éstas el daño es general y objetivable, y la percepción previa del riesgo puede ser inexistente.

Las crisis de salud pública en los países desarrollados se han asociado clásicamente a la alimentación y a las infecciones, y crearon un imaginario colectivo ante problemas que cercenaban

incontables vidas hasta mediados del siglo xx. En España son ejemplos de estas crisis clásicas generales las conocidas por sus denominaciones populares como «el síndrome del aceite tóxico», las sucesivas de neumonía por *Legionella*, la contaminación por *Salmonella* en pollos precocinados, la de la gripe A y la de las «vacas locas»^{8,9}. A ellas se han añadido las nuevas crisis de salud pública por contaminación ambiental, que expresan nuevos riesgos y miedos, como la del *Prestige* y la de Aznalcóllar.

En los años de democracia, ya un tercio de siglo, hemos sufrido en España todo tipo de crisis, y algunas se han resuelto sin mayores contratiempos, como la contaminación por *Salmonella* en pollos precocinados en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, o la crisis de asma aguda desencadenada por la descarga de soja en el puerto de Barcelona. En ambos casos funcionaron adecuadamente los mecanismos sanitarios, políticos y de comunicación, se mantuvo en su justo término la respuesta sanitaria, hubo transparencia, se identificó el origen del problema, se compensaron los daños y se tomaron medidas para evitar su repetición. Lo mismo ha sucedido en las sucesivas crisis por neumonía por *Legionella*, en las cuales se cuenta, además, con una amplia experiencia. Es común a todas estas crisis su delimitación geográfica y temporal, lo que facilitó una prudente respuesta institucional.

Contrasta vivamente con la resolución de las crisis mencionadas otras en que la alarma de la población no se ha contenido y la respuesta ha sido manifiestamente mejorable. Por ejemplo, la del «síndrome del aceite tóxico», la de las «vacas locas» y más recientemente la de la gripe A. En el primer caso la situación fue típicamente española, también en su génesis, por un mercado fuera de los cauces legales de comercialización de aceite de colza como si fuera de oliva, lo que implica toda una cultura de corrupción, la existencia de canales comerciales paralelos, la expectativa de comprar «bueno, bonito y barato», a lo que se añadió el débil desarrollo sanitario en una incipiente democracia, en 1981. En los otros dos casos el problema fue internacional, circunscrito básicamente a la Unión Europea la crisis de las «vacas locas» y mundial en el de la gripe A. Poco se puede aprender de otras naciones, pues en ellas se cometieron similares errores en estas mismas crisis. Quizá se pueda decir que las crisis se manejan mejor donde la salud pública es más fuerte, como en Canadá por ejemplo con el *severe acute respiratory syndrome* (SARS), o donde el ministerio de sanidad muestra mayor independencia o sentido de la responsabilidad, como en Polonia con la gripe A. En el caso de Canadá la respuesta fue coordinada e intersectorial, con respaldo institucional a los más altos niveles, como corresponde a una salud pública «fuerte»; en el de Polonia fue clave la negativa a la firma de contratos poco claros con las compañías farmacéuticas. También sirve de contraste la respuesta a la gripe A en Australia y Nueva Zelanda frente a la respuesta en Argentina y México, pues en estos dos últimos países se llegó al pánico por una deficiente gestión de la comunicación, con grave repercusión, por ejemplo, en el absentismo escolar y laboral.

Puntos fuertes y débiles en España

España es un país desarrollado, con un enorme potencial sanitario. Da idea de su capacidad la respuesta a los atentados en Madrid del 11 de marzo de 2004, la mayor catástrofe de origen humano en la democracia, que se solventó sin crisis porque la demanda fue encauzada debidamente, tanto por la organización sanitaria habitual como por la preparación con simulacros y las auditorías previas de riesgo y vulnerabilidad (con participación intersectorial, tanto de instituciones sanitarias como de otras tipo bomberos y ayuntamiento). Es decir, un punto fuerte español importante es la presencia de profesionales clínicos y de salud

pública en una organización capaz de dar respuesta a situaciones de crisis. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas, en caso de catástrofe con gran parte de la población afectada los españoles expresan mucha o bastante confianza en los bomberos (96%), seguidos de los servicios sanitarios (92%) y en tercer lugar de la familia (90%), a más de diez puntos de distancia de las fuerzas armadas, protección civil, etc.¹⁰.

La estructura política española, casi federal, tiene ventajas e inconvenientes. Como punto fuerte destaca la distribución de recursos y la adecuación a las realidades locales, muy diferente en aspectos cruciales, como la geografía y la cultura. Por el contrario, la capacidad de cooperación y de trabajo conjunto se complica con la estructura federal, incluso en aspectos básicos como compartir información detallada. Así, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tiene importantes limitaciones para dar respuesta rápida a situaciones de emergencia, aunque ha demostrado la capacidad de superarlas en casos concretos, como la gripe A. Un punto débil clave en España (y en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]) es la escasa financiación de la salud pública, en torno a un 2% del presupuesto sanitario, pues en general el gasto se hace casi íntegro en actividades clínicas. Este porcentaje es insuficiente y expresa la consideración social y política que merecen las actividades que ocupan a los salubristas. La salud pública se ve como una actividad «menor», casi innecesaria en un país desarrollado en el cual ya están solventados los problemas habituales y básicos, como el control de las aguas y de los alimentos. Lamentablemente, crisis tras crisis se demuestra la necesidad de una salud pública «fuerte», bien integrada en el sistema sanitario, capaz de participar en acciones intersectoriales, apoyada por los poderes públicos y con competencia acreditada para asesorar con fundamento científico a los políticos^{8,9}.

Es peculiar y muy española la debilidad de la gestión sanitaria, eslabón excesivamente dependiente de los políticos, lo que resta crédito, capacidad e independencia a los gestores. En las situaciones de crisis es clave la agilidad y la autoridad de los gerentes, pues ellos tienen capacidad para movilizar los recursos conociendo sus posibilidades en la práctica. Sin una gerencia sólida los políticos resultan impotentes y los clínicos huérfanos, porque la gerencia es responsable de transformar cualquier política en acciones concretas.

La sociedad española es la de un país desarrollado, una sociedad culta y bien informada, capaz de entender los mensajes que da la autoridad sanitaria. Pero su grado de desarrollo también está moldeado por las peculiaridades de los (en acertada expresión del filólogo Agustín García Calvo) «medios de formación de masas», lo cual la convierte en una sociedad que busca dramatizar la vida diaria, hasta cierto punto vivida con excesiva seguridad y tranquilidad. No es difícil lograr «asustar» a la población, y en ello va mucho de la audiencia de los medios de comunicación. Los riesgos se hipertrofian y calan fácilmente en una sociedad con lo básico resuelto. Por otra parte, la educación es un barniz superficial que se pierde con facilidad ante situaciones que generan alarma y conmoción, como bien se ha visto en sucesivas crisis sanitarias.

Barreras y facilitadores de la mejora de la gestión de las crisis de salud pública

Conviene tener presente que la mayoría de las crisis suponen para algunos oportunidades, no siempre legítimas, de negocio o de protagonismo, y que estas oportunidades pueden «forzarse». No hay que pensar sólo en la industria del sector, sino también en toda una amalgama de intereses, desde los de las organizaciones sanitarias internacionales hasta los de los políticos locales,

pasando por los de los «expertos», los de las empresas de comunicación e incluso los de la propia población que se siente confortablemente «asustada» ante una situación peligrosa frente a la que será protegida. Todo este cúmulo de intereses actúa de barrera y limita la capacidad de raciocinio y lógica de las organizaciones sanitarias.

Además de los intereses varios, cuentan las rutinas y el hacer las cosas más fáciles. Así, ante una crisis bacteriológica se piensa en medicamentos e higiene más que en, por ejemplo, mejorar la distribución de la renta. Sabemos que, incluso en una pandemia por gripe aviar, lo clave en la mortalidad es la pobreza, aunque también cuente la virulencia del patógeno. Pero pocos ministerios y consejerías se preocuparían por dar respuesta a la pandemia de gripe proponiendo planes de disminución de la pobreza. La respuesta esperable es la que se viene dando, que no exige liderazgo ni valentía, simplemente seguir las rutinas y hacer lo más fácil.

Como catalizador para el cambio se cuenta con unos profesionales que ante cada nueva crisis demuestran un mayor sentido crítico y una determinación creciente por pasar a la acción. No responden sólo en negativo sino que promueven actividades en positivo, a menudo de orientación muy distinta a las propuestas de los políticos y los gerentes. Sirva de ejemplo, en el caso de la gripe A, la respuesta en la red de los *blogeros* agrupados en el movimiento *gripeycalma*¹¹. También son ejemplos de un activismo proactivo el desarrollo de jornadas específicas sobre crisis (Sociedad Española de Epidemiología, Fundación Ciencias de la Salud) y el interés de publicaciones como *Revista de Administración Sanitaria*, con un monográfico al respecto.

Se necesita avanzar en el desarrollo participativo de estrategias de respuesta a las crisis emergentes, pero más aún en la implicación de todos los niveles sanitarios en su elaboración y conocimiento. Carecemos todavía de algo parecido a la *Resource Guide for Public Health Preparedness*¹², un portal de acceso a los recursos relacionados con la respuesta a las crisis de salud pública desarrollado por la Biblioteca de la Academia de Medicina de Nueva York y el Centro de Información, Investigación y Gestión en Catástrofes de la Biblioteca Nacional de Medicina. Es también ejemplar la Health Alert Network de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), y a escala nacional los comités de crisis del Ministerio de Sanidad y el Ministerio de la Presidencia.

En una sociedad del espectáculo, entendido éste no como mero engaño sino como una concreta visión del mundo¹³, cabe esperar un incremento de nuevas crisis sanitarias. La llamada «gestión de la comunicación» durante las crisis es sólo una forma reactiva de abordarlas. Hace falta diseñar, experimentar y poner en práctica modos proactivos de lidiar su despliegue. La alternativa es el seguidismo ineluctable de las agendas impuestas desde intereses demasiado a menudo alejados de los de la población que sufre, como poco, sus consecuencias.

Las experiencias recientes permiten atisbar una mejor respuesta a las crisis por parte de los profesionales sanitarios (clínicos y salubristas) que de los responsables públicos. Transferir a los primeros mayores espacios en las decisiones sobre la identificación y la gestión de las crisis, con transparencia, y limitar el inercialismo burocrático, pueden ser facilitadores que permitan avanzar en la gestión de las crisis sanitarias.

Los responsables institucionales podrán así dedicar sus esfuerzos a perfeccionar los muy mejorables mecanismos de coordinación y estructuración territorial, tan afectados por los problemas que la mera proliferación de «autoridades» provoca; y también a buscar mejores formas de participación ciudadana, no ya por su contribución a la mejor gestión de las crisis sino para que esta gestión responda más a las necesidades de la población en lugar de superponerse a ellas.

Conclusiones

Siendo realistas, la percepción de las crisis será cada día más ajena a los expertos y más determinada por colectivos interesados en propagarlas o aportar soluciones. Lidar con ello exige una difícil ponderación entre la necesidad de articular respuestas y la de desactivar temores poco fundados o magnificados.

La capacidad técnica de los profesionales sanitarios está más acreditada que una ejecutoria adecuada por parte de los responsables públicos, lo que aconseja una mayor participación de los primeros y una mejor capacitación de los segundos. Aun así, el colectivo profesional no es inmune a las tentaciones alarmistas, burocráticas, autointeresadas, etc., por lo que conviene establecer salvaguardas ante estos otros riesgos.

Como en tantos otros ámbitos la sociedad necesita, incluso en mayor medida que los propios profesionales, una dinamización de las instituciones del «profesionalismo» sanitario. Avanzar en esta línea, en la mejor articulación institucional de las capacidades profesionales, permitirá exigir a políticos, gerentes y expertos competentes que den un salto de gigante en la gestión de las crisis de salud pública.

Financiación

Para la elaboración del trabajo los autores no han recibido ninguna financiación, ni de la sociedad instigadora ni de cualquier otro origen.

Contribuciones de autoría

Ambos autores diseñaron la estructura y el contenido del artículo según interpretaron el encargo recibido, escribieron sus distintas secciones, corrigieron o modificaron atendiendo las

sugerencias de los revisores, y de común acuerdo aprobaron la versión que finalmente se publica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses en relación con las cuestiones tratadas, más allá de su implicación en tanto que profesionales sanitarios y ciudadanos concernidos.

Bibliografía

1. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Barcelona: Paidós Studio; 1996.
2. Douglas M, Wildavsky AB. Risk and culture: an essay on the selection of technical and environmental dangers. Berkeley: University of California Press; 1982.
3. Beck U. La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós; 1998.
4. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
5. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ*. 2002;324:850-1.
6. Slovic P. Perception of risk. *Science*. 1987;236:280-5.
7. Cohen JT, Neumann PJ. What's more dangerous, your aspirin or your car? Thinking rationally about drug risks (and benefits). *Health Affairs*. 2007;26:636-46.
8. Gervas J, coordinador. El sistema sanitario ante situaciones de crisis. Madrid: FCS; 2008. Disponible en: http://www.fcs.es/publicaciones/sistema_sanitario_situaciones_crisis.html.
9. Gervas J, Hernández-Aguado I. Grupo Situaciones de Crisis. Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España. *Gac Sanit*. 2009;23:67-71.
10. García A, Ramos R, Callejo J. Riesgos y catástrofes: actitudes y conductas en la sociedad española. Madrid: Dirección General de Protección Civil y Emergencias; 2008.
11. Blog Gripe y Calma. Disponible en: <http://gripecalma.wordpress.com>.
12. New York Academy of Medicine. Resource Guide for Public Health Preparedness. Disponible en: <http://www.phppreparedness.info>.
13. Debord G. La sociedad del espectáculo. Valencia: Pre-textos; 1999.