

Editorial

¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19?

Will public health be better after COVID-19?

Ildefonso Hernández-Aguado^{a,b,d} y Ana M. García^{b,c,d,*}^a Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante), España^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valencia, Valencia, España^d Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Valencia, España

La tecnología era vieja, los datos escasos, la burocracia lenta, la orientación confusa, el desacuerdo con la Administración patente. El coronavirus sacudió a la principal agencia de salud del mundo, creando una pérdida de confianza y obstaculizando la respuesta de los Estados Unidos a la crisis¹. Con esta entrada disecciona un artículo del *New York Times* el papel de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en la pandemia. Por doquier, la pandemia ha expuesto la labilidad de la salud pública. Tras los errores y las incapacidades se alzan voces que piden un urgente refuerzo de la salud pública y, por primera vez en España, se pone formalmente la salud pública en lo alto de la agenda política y mediática. No hay motivos, sin embargo, para confiar en que este ímpetu en medio de la tormenta cristalice en instituciones de salud pública efectivas y en dotarla de los recursos y de las capacidades necesarios. Por ejemplo, muchos de los que ahora reclaman una agencia de salud pública fueron diligentes en cercenarla desde dentro y desde fuera del gobierno cuando se diseñó en el Anteproyecto de Ley General de Salud Pública.

Encarar el futuro requiere un examen crítico sobre qué ha fallado en la salud pública y por qué. Sabemos que los recursos son escasos y menguantes, y que las Administraciones han desatendido sistemáticamente la salud pública y a su personal. En las comunidades autónomas, los servicios de salud pública reciben habitualmente menos del 2% del presupuesto destinado a sanidad, y con una proporción mayoritaria de este (pudiendo llegar hasta el 80%) destinado a la compra de vacunas. Parece como si para las autoridades sanitarias, más allá de la atención sobre brotes concretos y los necesarios programas vacunales, el resto de las acciones de salud pública fueran opcionales. Esta desatención se ha plasmado en ocasiones en la disolución de instituciones de formación e investigación de salud pública en varias comunidades autónomas. Todo ello es cierto y no puede obviarse en la explicación del fracaso ante la COVID-19, como tampoco debe olvidarse que algunos de los que critican a la Organización Mundial de la Salud (OMS) o a los CDC son los mismos que han ido reduciendo su presupuesto. Pero si aspiramos a una salud pública solvente y socialmente deseada, con capacidad de influencia y acción en todo su potencial, creemos que es preciso revisar críticamente la parte a nosotros atribuible, a los que conformamos el sistema o la comunidad de salud pública. Y también que recordemos, quizás ahora más que nunca, que la salud pública no es solo vigilancia y control de brotes infecciosos.

Hemos transigido con una salud pública de mínimos, como si fuese natural que pueda hacerse una vigilancia epidemiológica pasiva y parcial que no tiene en cuenta el conjunto de los problemas de salud y sus causas, que se haga sin las innovaciones disponibles en las tecnologías de la información. También, como igualmente ha puesto de manifiesto esta crisis, con un nivel de coordinación y una capacidad de aprovechar los esfuerzos territoriales (desde las distintas autonomías, pero también a niveles inferiores) notoriamente precarios. Por otra parte, asumimos que no es necesario trabajar con prioridades. Hemos implantado cribados de cáncer aceptando que no hace falta tener un registro de cáncer; somos menos exigentes en el diagnóstico de toda la población que en un individuo concreto. Nos olvidamos de la prevención del tabaquismo mientras el sistema de salud está en escala logarítmica de gasto farmacéutico para abordar el tratamiento de los cánceres asociados al tabaco. La atención sobre la promoción de la salud, bien entendida, en su nivel local y comunitario, es más fruto del esfuerzo de técnicos comprometidos que de programas institucionales puestos en valor por las autoridades sanitarias². El *Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria*, publicado en abril de 2019 y aparentemente congelado desde entonces³, podría por fin consolidar la necesaria colaboración entre la atención primaria y la salud pública en el cuidado de la salud comunitaria, una asignatura pendiente desde hace décadas (Almá-Atá, Carta de Ottawa) y que sin duda potenciaría el alcance de la salud pública en el ámbito local. El papel de la atención primaria, por cierto, ha sido puesto también en valor en la presente crisis de salud pública, aunque también ahí la escasez de recursos, en favor del aparentemente inevitable hospitalocentrismo de nuestro sistema sanitario, sigue siendo crónica. Por suerte, parece que está en aumento la atención sobre el potencial de la salud pública y sus aliados naturales en el ámbito local (comunidad, municipios, atención primaria), a falta del imprescindible respaldo institucional⁴. La perspectiva de salud comunitaria ha sido también reivindicada en la actual pandemia, aunque el eco social y mediático ha sido mucho menor (si es que lo ha habido) que el dedicado a respiradores, mascarillas y pruebas diagnósticas⁵.

Por su parte, el sector de la investigación ha optado mayoritariamente por desarrollar carreras académicas brillantes (muy brillantes, cierto es, en muchos casos) sin demasiada o ninguna interacción con el trabajo de campo de los servicios de salud pública, con los programas de salud pública que se implementan en la población, con los aliados necesarios de la salud pública o con las estructuras institucionales que, en todos los niveles (local, autonómico, nacional e internacional), toman decisiones de enorme relevancia para la salud pública. Una situación que, también es cierto, no parece

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: anagar@uv.es (A.M. García).

preocupar en exceso a ninguna de las partes. Asimismo, la formación básica (de grado) en salud pública ha ido decayendo de manera progresiva (o quizás nunca ha sido muy boyante) y ha optado más por la transmisión de conocimientos técnicos y abstractos, alejados de lo que será la práctica habitual de los futuros profesionales. Por poner un ejemplo, en el programa formativo del Grado de Medicina en la Universitat de València se dedican 5 horas teóricas a la formación en salud pública (como una parte menor, además, de la peculiar asignatura «Medicina legal y salud pública»). Con todos estos antecedentes, no debería sorprender que la especialidad de medicina preventiva y salud pública (al margen de otras cuestiones que se podrían comentar sobre ella) sea en las convocatorias del MIR la antepenúltima (seguida por Bioquímica Clínica y Medicina de Familia) en el orden de elección de especialidades⁶.

El principal activo de la salud pública son sus profesionales. En nuestro país, este colectivo procede de distintos grados en ciencias de la salud (actualmente en su mayoría veterinarios, no lo olvidemos), y muestra notables y crecientes dificultades para atraer a sus filas a jóvenes profesionales de la salud que pueden encontrar poco atractivo un trabajo que, en ocasiones, se considera despectivamente desde la propia estructura sanitaria como básicamente «administrativo». La futura formación en salud pública debe dirigirse a propiciar unos profesionales con suficiente versatilidad como para participar o colaborar en gran parte de las funciones propias. Quizá maestrías integrales que abarquen el conjunto de funciones de la salud pública, y las vías para la necesaria colaboración interdisciplinaria, serían un camino a explorar, sin descartar la creación de un grado de salud pública. En cualquier caso, necesitamos profesionales capaces de adaptarse al dinamismo de los conocimientos y de las prácticas de la salud pública en este siglo.

Con todas las enseñanzas y las reflexiones en el contexto de la actual pandemia, lo que parece ya inaplazable es la conveniencia de articular y situar en la agenda política la creación de una entidad pública de salud con suficiente independencia política y crédito sobre su eficacia científico-técnica. Hay ejemplos de agencias de salud pública cuya estructura y gobernanza pueden inspirar, como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido o los ahora vapuleados CDC de los Estados Unidos. Sin embargo, los retos de la salud pública de un futuro que hoy ya contemplamos demandan nuevas formas de organización y funcionamiento que además deben adaptarse al contexto autonómico español. Una reciente propuesta, basada en el Anteproyecto de la Ley General de Salud Pública⁷, concibe un sistema en red que integre las capacidades científicas y técnicas de los mejores centros, profesionales y personas expertas acreditadas para ponerlas al servicio de la sociedad, y con un diseño que incorpore los principios de buen gobierno en todo su entramado (Administraciones estatal, autonómicas y locales; centros de investigación; universidades; ciudadanía). Cabe subrayar, sin embargo, que un centro de estas características no puede funcionar sin ser integrador y sin tener una investigación en salud pública que incorpore de verdad el desarrollo y la innovación; integrador porque la salud se gana en todas las políticas y se necesita el concurso de muchos saberes, disciplinas y actores. De ahí que la investigación en salud pública debe, además de las causas, indagar las soluciones. Por ejemplo, sabemos hace tiempo qué problemas causa el tabaco, pero hemos evaluado mucho menos las soluciones, lo que motiva que pasen décadas entre el conocimiento científico y la prevención efectiva. La COVID-19 nos ha cuestionado sobre múltiples aspectos relacionados con la toma de decisiones en salud pública, desde la comunicación en salud hasta las bases jurídicas de las medidas de prevención, pasando por la monitorización de las conductas relacionadas con la infección o la aplicación de los modelos epidemiológicos. El hecho de que personas de procedencias científicas y profesionales muy diversas traten de aportar soluciones ilustra el abanico de posibilidades de mejora

en la salud pública si tiende a hibridarse no solo con la biomedicina, sino también con cualquier conocimiento útil, sobre todo de las áreas sociales. Hay que (re)pensar la agenda de investigación y el sistema de contabilidad de méritos científicos. Se necesita generar conocimiento e innovaciones que faciliten la implantación de soluciones a los problemas de salud, y también una estricta evaluación de las decisiones y de las intervenciones en salud pública. De esta forma, los centros y los investigadores serían capaces de transferir el conocimiento con un carácter eminentemente aplicado, sobre las políticas, las estrategias y los programas de salud pública que se implementen o deban implementarse en la población a la ideada agencia de salud pública.

Por último, sabemos bien que la evaluación rigurosa de los procesos y los resultados de lo que hacemos y de lo que hacen otros en salud pública es uno de los puntales fundamentales de nuestra disciplina. Suecia ya ha anunciado una comisión de investigación sobre su controvertida gestión de la crisis, y la OMS también ha aceptado una auditoría independiente con el mismo objetivo⁸. Sería muy deseable, y muy saludable para la transparencia y el buen gobierno, que en nuestro país se abordara serenamente algo similar. Desde luego, sería necesario para corregir los errores y fortalecer los aciertos cuando haya que afrontar la siguiente crisis sanitaria. Antes de que las buenas intenciones anunciadas por muchos actores políticos y sanitarios sobre la vital necesidad de la salud pública se diluyan en una agenda mediática y política desmemoriada, conviene que todos los que nos decimos comprometidos con la salud pública demos los suficientes «empujones» en todas las instancias.

Contribuciones de autoría

Las dos personas firmantes han concebido y redactado el artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

I. Hernández Aguado: los derivados de haber dirigido los trabajos y trámites de la Ley General de Salud Pública. A.M. García: ninguno.

Bibliografía

- Lipton E, Goodnough A, Shear MD, et al. The C.D.C. waited 'its entire existence for this moment.' What went wrong? *New York Times*. 3 de junio de 2020. (Consultado el 8/6/2020.) Disponible en: <https://www.nytimes.com/2020/06/03/us/cdc-coronavirus.html>.
- Alianza de Salud Comunitaria. (Consultado el 12/6/2020.) Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>.
- Marco estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
- Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? *Informe SESPAS 2018*. *Gac Sanit*. 2018;32 (Supl 1):5-12.
- Salud comunitaria y COVID19. Entrevista a Mariano Hernán, Jara Cubillo y Javier Segura. 15 de abril de 2020. [Video: 84 min.] (Consultado el 12/6/2020.) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=netonPvtrt4&feature=youtu.be>.
- Resultados MIR 2019: ¿en qué número de orden se agotó cada especialidad? *Redacción Médica*, 21 de febrero de 2019. (Consultado el 12/6/2020.) Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/resultados-mir-2019-en-que-numero-de-orden-se-agoto-cada-especialidad-9262>.
- Hernández I, Meneu R, Peiró S, et al. Una nueva normalidad, una nueva salud pública. *Blog de Economía de la Salud*. 9 de mayo de 2020. (Consultado el 15/6/2020.) Disponible en: <http://www.aes.es/blog/2020/05/09/una-nueva-normalidad-una-nueva-salud-publica/>.
- Romero JM, Güell O. El agujero negro por el que se coló el virus. *El País*. 14 de junio de 2020. (Consultado el 15/6/2020.) Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-06-13/el-agujero-negro-por-el-que-se-colo-el-virus.html>.