

Salud pública, política y administración: ¿rehenes o cómplices?

(Public health, politics and administration: hostages or accomplices?)

Introducción

Algunos salubristas profesionales —epidemiólogos y técnicos de salud pública (SP)— se han quedado últimamente de las interferencias políticas que puede sufrir el desempeño de la SP. Fernández y Arias se preguntaban qué «harían los bomberos si se enviara a los diputados a apagar los incendios»¹, y Alcázar denunciaba que «cuando existe un problema de salud de la comunidad sí que se produce esta clara intromisión en las medidas propuestas por los técnicos de SP»².

Estas injerencias preocupan a los profesionales de la SP desde hace algún tiempo, particularmente cuando tienen relación con situaciones de crisis³⁻⁵, de forma que en la última edición de la escuela de verano de Mahón se dedicó un taller a las relaciones entre técnicos y políticos en SP⁶. Un ejemplo de las consecuencias negativas de esta situación es que las drásticas recomendaciones propuestas para prevenir la eventual aparición de casos de la variante de Creutzfeldt-Jakob, que pretendían recuperar la confianza de la gente, muy disminuida como consecuencia de las medias verdades, las declaraciones grandilocuentes e incluso las flagrantes distorsiones, exacerbaban los recelos del público que reaccionó disminuyendo el consumo de carne de vaca de forma generalizada al menos durante unos meses.

Intereses, competencias y valores

Si, como se apuntaba en el primer párrafo, el ámbito de competencias «técnicas» de la SP es invadido por los políticos, que supuestamente no las poseen, el conflicto sería atribuible a ellos, al no respetar la necesaria autonomía de los profesionales. Pero no siempre se trata de eso. Se pueden producir conflictos de intereses y de valores, que tienen que ver con una determinada posición política, igualmente legítima pero eventualmente conflictiva.

La evocación de una de las más célebres frases del imaginario salubrista, atribuida a Rudolf Virchow cuando al ser reconvenido por las autoridades políticas de Silesia, a propósito del contenido de su informe sobre la epidemia de tifus exantemático, replicó que la «medicina no es más que política en su sentido más amplio»⁷, resulta pertinente. En el contexto democrático,

la actitud de Virchow sería una injerencia política. Aunque, dada la situación histórica de mediados del siglo XIX en la Prusia imperial, tal intromisión resulte plausible (en el doble sentido de la palabra). Además, Virchow fue requerido como experto por la administración debido al prestigio académico de que disfrutaba, así que el reproche de las autoridades reflejaba más bien su frustración.

La dimensión principal del conflicto entre las autoridades de Silesia y Virchow se remite a los intereses y a los valores. Se confrontaban dos visiones políticas antagónicas. Virchow estaba defendiendo los valores de la justicia social y los intereses de un planteamiento político específico, el del partido social demócrata alemán al que perteneció. Sin embargo, Virchow no estaba sirviendo a dos señores.

Tampoco hay que olvidar que las bazas jugadas por Virchow tenían un componente técnico. La justificación de su posición política no era ajena a su análisis como médico y como sanitario. Sin embargo, la mayoría de los médicos no planteaba las cosas como Virchow. ¿Hasta qué punto, pues, se puede hablar de la mera aplicación de un conocimiento científico? ¿Cuál es la influencia del propósito político? A pesar de que los científicos no son políticamente neutrales, el conocimiento de la realidad que proporciona la ciencia es, más que ningún otro, objeto de contrastación empírica y de argumentación racional. Por ello, podemos recurrir a él siempre que exista. Naturalmente éste es un ámbito más próximo a los profesionales, quienes para ser considerados como tales deben conocer el estado del arte relativo a cada problema de salud. Aunque no sean, como lo fue Virchow, científicos profesionales.

En este punto se impone una aclaración. Un científico se dedica a idear explicaciones y a contrastarlas de la forma canónica hoy aceptada mediante estudios experimentales. Otra cosa es utilizar los conocimientos científicos producidos por otros para desempeñar mejor sus funciones como agentes de salud. Desde luego que entre las competencias profesionales de los salubristas ha de figurar la capacidad de comprender el significado de las investigaciones científicas, incluso la de llevarlas a cabo⁸. Pero no todas las funciones encomendadas a la SP tienen que ver con esta competencia. La prestación de las actividades de promoción y de protección de la salud comunitaria que corresponden a la SP necesitan de otras habilidades.

El terreno de la ciencia es más resbaladizo de lo que parece, porque el conocimiento científico no es definitivo, es decir, no excluye nunca potenciales explicaciones alternativas. A mayor abundamiento, una de las actitudes más genuinas de los científicos es la duda sistemática que, desde luego, se compadece mal con la necesidad de actuar sobre la realidad que tanto para los políticos como para los profesionales de la SP y, desde luego para los clínicos, es un imperativo.

Así, lo que distingue el papel de los técnicos del de los políticos es el desempeño de una función que, para ser ejercida de forma adecuada, necesita conocimientos pero sobre todo habilidades y destrezas específicas que requieren una formación determinada y una experiencia profesional. Naturalmente, la política también puede considerarse como una dedicación profesional, y en este caso los conocimientos, habilidades y destrezas tienen un contenido propio y distinto. Aunque tampoco los políticos y, lo que es más importante, la población, disponen de ninguna institución corporativa que, a guisa de colegio oficial de políticos, ostente una precisa delegación social para velar por su profesionalidad y garantizarla. Seguramente porque se supone que cualquier ciudadano puede llegar a ser un (buen) político sin atesorar una formación profesional homologada.

Pero no se puede ser un (buen) salubrista sin una determinada capacitación profesional. Sin embargo, esta capacitación profesional es, en el caso de la SP, tan variable que no se puede comparar con la requerida para otras profesiones socialmente establecidas. Es cierto que los salubristas son titulados universitarios, pero sólo excepcionalmente la formación recibida se refiere a la SP. Es el caso de los médicos especialistas, si bien en medicina preventiva (y SP) o de quienes han seguido una formación específica de posgrado.

El abrazo del oso de la administración

La institución de la SP en España está muy relacionada con la administración, con la que a menudo se confunde. Las administraciones, a su vez, se identifican con las fuerzas políticas que gobiernan, de manera que el papel técnico de los cuadros, profesionales y trabajadores está condicionado por las peculiaridades que cada opción política y, a menudo, la posición particular de los responsables políticos imprime a la tarea ejecutiva que le es propia. Desde luego, éstos tienen, en un régimen democrático, la representatividad de la población o, cuanto menos, de los electores, de manera que cabría esperar diferencias en la administración de los servicios sanitarios en general, y de la SP en particular, según la orientación del partido político en el poder.

Sin embargo, una visión de la administración como el brazo ejecutor de las directrices y de las decisiones políticas que es lógico que varíen con la alternancia democrática, parece excesivamente simplista. Ni que fuera sólo porque las reglas del juego democrático no excluyen las aportaciones técnicas o profesionales. Pero es que, en cierto sentido, estas reglas están por encima de los intereses particulares de los políticos y del personal de la administración. Tanto unos como otros deben respetarlas, ya que sin ellas la legitimidad social pierde sus referencias.

Así, los conocimientos y las habilidades del personal de las administraciones podría significar una garantía frente a eventuales arbitrariedades políticas, el valor añadido que justifica su existencia más allá de las organizaciones específicamente políticas cuyo principal objetivo es acceder al poder para gestionarlo precisamente, con la contribución de las administraciones. Para ello es imprescindible una clara delimitación de los ámbitos político y técnico de las actividades de la administración, difícil de conseguir si los procedimientos de acceso a los puestos de trabajo no garantizan la competencia y no se cuenta con una administración pública suficientemente profesionalizada. En caso contrario los profesionales se ven abocados a representar un papel que, según las circunstancias, será el de rehén o el de cómplice.

El sabor agridulce de la política

Las intervenciones de carácter colectivo que caracterizan la SP requieren, desde antiguo, del ejercicio del poder político. Desde la creación de las primeras ciudades se tuvo que solucionar problemas como el abastecimiento de aguas y la eliminación de residuos, aunque el saneamiento no se consideró parte de la sanidad hasta mucho después. La primera cuarentena documentada, a mediados del siglo XIV, en Ragusa, no hubiera podido llevarse a cabo en ausencia de una decisión del poder establecido.

Aunque el reconocimiento de la dimensión social y política de la SP sea en sí mismo positivo, su confusión con las estructuras del poder del Estado plantea graves inconvenientes ya que una cosa es servir a la población y otra, a menudo diferente, servir a los gobernantes. Como argumenta Álvarez-Dardet: «los fenómenos de conurbación demográfica producidos por la revolución industrial llevaron a la introducción en la ciudad de formas de gobierno propiciadas por el desarrollo de los estados-nación, que concentraban en ellas el control como solución técnica (...). La ciudad había crecido tanto (...) que su control político era una necesidad para la pervivencia del *statu quo*»⁹. De ahí el éxito de los enfoques reduccionistas de muchos salubristas como Edwin Chadwick, uno de los padres de

la SP moderna, aunque en la actualidad su influencia se considere más bien perniciosa¹⁰, como la de otras figuras eminentes de la SP, entre las cuales puede citarse al brasileño Osvaldo Cruz, que ha dado nombre a la escuela de SP de Río de Janeiro¹¹.

Esta relación entre las actividades de protección de la salud y el poder político se ha mantenido en España hasta la actualidad, de manera que la autoridad sanitaria es una de las funciones de la administración que más relación tiene con el ejercicio de la disciplina. Una función que, si bien ha merecido la sanción de una ley orgánica, la 3/1986 de medidas especiales en materia de SP, no dispone del necesario desarrollo para su aplicación y a estas alturas es improbable que lo obtenga¹².

Todo ello dificulta la distinción entre la SP, la administración sanitaria y la política, cosa que no ocurre con la medicina que sigue siendo considerada una actividad profesional propia, lo que seguramente no es ajeno a que los médicos merezcan una mayor confianza por parte de la población. A pesar de que el prestigio y la situación social de la profesión médica haya menguado de forma notable.

Pero las implicaciones más directas de la SP con el poder, en relación con otros desempeños asociados a la sanidad, se traducen en una pérdida de autoridad moral. La única que a mi manera de ver pueden aspirar a ejercer los profesionales, ya que de otro modo invadirían competencias que no tienen atribuidas. Esta pérdida se asocia también al desprestigio de la política formal. Un desprestigio que tal vez tenga que ver con el ocaso de las burocracias, los aparatos del poder en la época industrial^{13,14}.

Explorando alternativas

Caben algunas iniciativas para salir del atolladero. Una de ellas sería que los implicados, técnicos y políticos, dispusieran de ámbitos en los que analizar conjuntamente las dimensiones técnicas y políticas

de las intervenciones de la SP. La academia, en sentido amplio, que incluye escuelas de SP independientes y hasta sociedades profesionales, debería desempeñar este papel, de manera que fuera posible el debate en frío, sin la presión a menudo insoporrible que produce la premura para dar respuestas a problemas candentes.

Pero es necesario, además, que se desarrolle una cierta institucionalización profesional, de modo que se cuente con alguna referencia externa, más o menos independiente, que sea capaz de delimitar los ámbitos de competencia profesional que se deben requerir a los salubristas y, desde luego, que se produzca una acreditación objetiva de la existencia de estas competencias, una acreditación que debe ser objeto de actualización periódica. No se trata, sin embargo, de cumplir un trámite porque el propósito es obtener legitimación social.

La legitimación social se adquiere mediante el reconocimiento expreso de que son unos profesionales los que pueden dar mejores respuestas a algunos problemas determinados, que se distinguen de otros profesionales por su competencia específica. De manera que el salubrista deje de ser percibido como un instrumento de la administración o un mero agente del poder.

También habrá que estar atentos a los cambios sociales y a la progresiva mundialización en la que las redes se están convirtiendo en los nuevos instrumentos operativos de la política. En este sentido, conviene considerar la propuesta de «glocalización» de Kickbusch¹⁵ de manera que la actuación local en SP se beneficie de la existencia de una red mundial de profesionales que comparten un propósito, mantienen su autonomía, establecen vínculos voluntarios y admiten el liderazgo múltiple, lo que no quita para que la comunidad, y nosotros mismos, debamos tener claro quiénes son los profesionales competentes.

Andreu Segura

Universidad de Barcelona

E-mail: andreus@saludyorganizacion.com

Bibliografía

1. Fernández de la Hoz K, Arias P. La vigencia de la Salud Pública. *El País*, 30 de octubre de 2001.
2. Alcázar Casanova F. Las decisiones en Salud Pública. *El País*, 20 de noviembre de 2001.
3. Junta Directiva SEE. Crisis en salud pública y el papel de los profesionales. SEE nota (enero-abril) 2001 n.º 2, p. 1-2.
4. Oñorbe M. Política, Salud Pública y «vacas locas». *Revista de Administración Sanitaria* 2001;5:9-17.
5. Aboal Viñas JL, Farjas Abadía P. *Legionella*: un problema de salud pública y un problema para la salud pública. *Gac Sanit* 2001;15:91-4.
6. Gil E, coordinador. Lo técnico y lo político en la salud pública. Taller patrocinado por la SEE. XII Escuela de Verano de Salud Pública. Mahón, 2001.
7. Last JM, editor. *A dictionary of epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1988; p. 134-5.
8. Comissió de Salut Pública. Competencias profesionales en Salud Pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya/IES, 2000.
9. Álvarez-Dardet C. La salud pública, el estado y la medicina: ¿amistades peligrosas? En: Comissió de Salut Pública. Competencias profesionales en salud pública. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya/IES, 2000; p. 57-65.

EDITORIAL

10. Hamlin C. Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the «social» in public health. *Am J Public Health* 1995;85:479-84.
 11. Do Rosario Costa N. Lutas urbanas e control sanitario. Orígens das políticas de saúde no Brasil. Río de Janeiro: Petrópolis/Abrasco, 1986; p. 57-61.
 12. Francisco Polledo JJ. El papel de las autoridades sanitarias ante los retos de la salud pública del siglo XXI. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:429-36.
 13. Castells M. La era de la información: la sociedad real. Vol. 2. 3.ª reimpresión. Madrid: Alianza Editorial, 1999; p. 39-44.
 14. Lipnack J, Stamps J. The age of the network. New York: Wiley & Sons, 1994 [citado por Álvarez-Dardet⁹].
 15. Kickbusch I. Global + local = glocal public health. *J Epidemiol Comm Health* 1999;53:451-2.
-