Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Gac Sanit. 2012;**26(4)**:295–297

Editorial

Los profesionales españoles de la salud pública ante la Ley General de Salud Pública

Spanish public health professionals and the General Law of Public Health

Ildefonso Hernández-Aguado[a,b], Fernando G. Benavides[b,c] y Miquel Porta[b,d,e,*]

[a] Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España
[b] CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España
[c] CISAL-Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España
[d] Instituto de Investigación Hospital del Mar - IMIM, Barcelona, España
[e] Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Nature dictates the laws for biological determinants; people create the laws for social determinants. People's laws are easily written and can be changed at anytime to suit humanity better. So why is it that the public health community places negligible emphasis on collection, analysis, and making greater use of the world's public health laws?
Amir Attaran et al.[1]

Era la época de los grandes acontecimientos y no de los pequeños logros diarios, del despliegue obsceno de lujo y no de administración austera y rigurosa, de entusiasmo obligatorio. Lo más raro es que el espejismo haya durado tanto.
Antonio Muñoz Molina[2]

En los últimos años se observa un renovado interés por el papel que las leyes de salud pública pueden desempeñar en la mejora de la salud de la población[1,3], y así, en generar beneficios humanos, sociales y económicos[4,5]. Ciertamente, las normas jurídicas son uno de los grandes factores condicionantes de la salud colectiva. Más allá de los enfoques centrados en el control de las enfermedades transmisibles, o de las normas legales de regulación de los factores de riesgo, de las exposiciones o de las conductas relacionadas con la enfermedad[6], en los últimos tiempos en España se han ido fraguando diversas normas que tienen por objeto mejorar la salud mediante políticas públicas. La nueva Ley General de Salud Pública de 2011 se enmarca en esta corriente[7]; moderniza la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 y completa la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC) de 2003.

La Ley General de Salud Pública incorpora los principios de equidad y salud en todas las políticas. Dispone una actuación de salud pública en el marco de los condicionantes sociales de la salud. Y consolida una visión de la profesión que ya habían avanzado algunas sociedades científicas[8]. Incluso extiende las competencias al incluir la evaluación del impacto en la salud. Entre otros aspectos asimismo destacables, la norma establece unos principios de actuación que recogen parte de los marcos de la ética de salud pública más difundidos[9,10], y dispone un gobierno de la salud pública basado en la transparencia, el rigor científico y la independencia. Adecuadamente desarrollada, la nueva ley tiene un enorme potencial para mejorar el bienestar y la calidad de vida de los españoles, nuestro ambiente físico y cultural, y la economía real[11]. Desarrollar la ley de manera apropiada exige una reglamentación pragmática y ambiciosa, que concrete aquellas mejoras que son imprescindibles para que España tenga un mejor gobierno de la salud pública y para que las políticas, las estrategias y las prestaciones que emanen de la ley ayuden a superar la devastadora crisis de modelo de sociedad (no sólo financiera y económica) que vivimos[4,12–14].

La ley se propone que las actuaciones políticas del conjunto de órganos del estado (centrales, autonómicos y municipales) favorezcan la salud, el bienestar y el desarrollo humano de los ciudadanos[4,5,13,15]. Para ello es necesario que concretemos mecanismos de análisis, diálogo y decisión, que comprometan a todos esos órganos. También hay que desarrollar un organismo interministerial en el cual pueda construirse, consensuar y evaluar la estrategia estatal de salud pública establecida por la ley. Por desgracia, el Consejo Interterritorial de Salud que ésta señala sólo está participado por las administraciones sanitarias estatal y autonómicas. La salud pública municipal está poco reflejada en la ley, más allá de una breve mención en el artículo 23.2. A pesar de las competencias que ejercen en salud pública y promoción de la salud (y servicios, en el caso de los municipios grandes), los ayuntamientos no están en el consejo asesor.

Finalmente, la norma tampoco promueve de forma explícita, como en un principio hacía, la cooperación horizontal entre comunidades autónomas. Sin embargo, ese anhelo es posible si la ley se desarrolla en coherencia con el imperativo de una mayor eficiencia y con el potencial que en este sentido también tienen la LGS y la LCC[16]. Nos parece necesario insistir[11,16] en que las comunidades autónomas deberían actuar con más sentido de estado (asumiendo las responsabilidades que objetivamente tienen más allá de sus territorios) y con más independencia de los grupos de presión. Creemos que el camino no pasa por recentralizar o eliminar competencias autonómicas o municipales, sino por aumentar la cooperación entre las administraciones. Y por hacer más rigurosos, coordinados, independientes, transparentes y eficientes los procesos de análisis, deliberación, decisión, seguimiento y evaluación de las decisiones que toman todos los órganos del estado. La ley puede ayudar a mejorar el gobierno sanitario y a subsanar buena parte de la actual corrupción y fragmentación de las políticas de salud y bienestar (corrupción acaso minoritaria, si se quiere, pero significativa)[11,16,17]. No olvidemos que España exhibe en las dimensiones de «efectividad gubernamental» y «control de la corrupción» una calificación internacional deplorable[17]. Quienes no la deploran rehúyen ciertos componentes culturales, económicos y políticos de la crisis que viven países como España[2,18–20].

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mporta@imim.es (M. Porta).

0213-9111/$ – see front matter © 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.004

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

La salud pública española cuenta actualmente con un elevado nivel técnico y científico, y goza de prestigio internacional. Su influencia social tampoco es desdeñable. A pesar de todo, algunas partes relevantes de la LGS no se han cumplido; en particular el artículo 3, que establece que los medios y las actuaciones del sistema sanitario están orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades. Hoy ya no podemos ampararnos en la escasa masa crítica ni en el débil desarrollo profesional y científico, que pudo servir de excusa para justificar en alguna medida ese incumplimiento. Si la Ley General de Salud Pública no se desarrollase y aplicase adecuadamente, no se debería en exclusiva a una supuesta falta de coraje y honestidad de los gobernantes, sino también a nuestra pasividad: desarrollar la ley no es sólo un reto del actual gobierno, también lo es de muchas organizaciones sociales y de todos nosotros. Los profesionales de la salud pública (y nuestras sociedades científicas) debemos ser activos en nuestros ámbitos de responsabilidad profesional y ciudadana para promover los necesarios cambios políticos, culturales, económicos y organizativos, para facilitar el desarrollo reglamentario, para ayudar a su implantación y para solventar algunas de las carencias de la nueva ley. Ello exige, entre otras cosas, que mejoremos nuestras interacciones con los demás (poderosos) agentes condicionantes de la salud colectiva.

En los últimos lustros hemos asistido en España a un importante proceso de socialización e institucionalización de la profesión de salud pública. En él podemos destacar la cada vez más extendida aceptación, como no podría ser de otro modo en el siglo XXI, del carácter multiprofesional de la salud pública; carácter que está recogido en el artículo 48 de la ley, y que hay que vertebrar, en paralelo, con la formación de los médicos de medicina preventiva y salud pública a través del sistema MIR, haciendo compatible (que lo es) la incorporación a los procesos de formación en salud pública de graduados tanto del ámbito sanitario como no sanitario[21]. Por supuesto, en el mundo actual todo proceso de institucionalización es casi siempre incompleto, dado su carácter dinámico y abierto; pero es menester apreciar el camino recorrido.

Uno de los principales cometidos de las organizaciones científicas y profesionales relacionadas con la salud pública es ser mediadoras entre el conocimiento y la acción. Por ello, estas entidades deben actuar al menos en tres direcciones: *1)* estar a disposición de las administraciones públicas y de todos los agentes sociales para colaborar en el desarrollo de la ley estatal (y de las autonómicas, cuando las hay); *2)* aplicar los principios y las normas de la ley en sus propias actuaciones; y *3)* exigir, cuando sea oportuno, su desarrollo y cumplimiento. Para ello, el diálogo y las alianzas entre organizaciones son imprescindibles[8,22,23], como también lo es «generar y movilizar opinión pública en defensa de la salud»[8,24].

El diálogo, el análisis y la colaboración práctica con las administraciones deben propiciar la participación de los profesionales en el desarrollo reglamentario de la norma, y una aplicación de ésta en el sentido adecuado a los intereses de la salud pública, cuando haya posibilidad de interpretación. Respecto al desarrollo reglamentario, es interesante incentivar, por ejemplo, procedimientos de cese de aquellas prácticas sanitarias preventivas que se haya demostrado que son ineficaces, innecesarias o incluso dañinas (para la salud y la economía), como pueden ser los reconocimientos médicos inespecíficos en las empresas, ciertas vacunas o algunos programas de cribado con indicadores de calidad desfavorables. Es fundamental que tales procedimientos sean lo bastante estrictos como para garantizar la seguridad y la calidad de las actuaciones preventivas. De momento, la ley no concreta suficientemente estos aspectos.

También debemos promover que los procedimientos para la declaración de intereses eviten dudas razonables sobre la imparcialidad y la independencia de quienes intervienen en las decisiones que afectan a la salud de la población. Es urgente, pues, elaborar las correspondientes recomendaciones y normas (a través, por ejemplo, del Consejo Asesor de Salud Pública, previsto en el artículo 45 de la ley).

En los casos en que la ley no dispone un desarrollo reglamentario, debe facilitarse el cumplimiento de la norma aportando conocimiento y soluciones. No todo tiene que estar (ni debe estar) reglamentado. Por ejemplo, no está previsto un reglamento para la evaluación de los impactos en salud, y por ello su desarrollo dependerá en parte de nuestra capacidad para poner a disposición de las autoridades métodos y recomendaciones aplicables. Tampoco se ha detallado cómo se realizará la vigilancia mediante biomarcadores en las encuestas de salud. Por tanto, es necesario ir dialogando con las administraciones y facilitando las experiencias disponibles y las soluciones técnicas más eficientes[15]. Lo mismo ocurre con la exigencia de los artículos 4 y 10 de que la información al público sobre los riesgos para su salud se acompañe de una medida del impacto, lo cual en la actualidad no se hace. Para favorecer el cumplimiento, cabría que tanto desde los servicios de vigilancia como desde la investigación se presenten los datos adecuados, o se vigile en términos de impacto en la salud; por ejemplo, pueden cuantificarse periódicamente los potenciales impactos en la salud que según el conocimiento disponible causa la contaminación atmosférica, o las actuales supresiones presupuestarias y de derechos sociales y laborales. A todo ello podría ayudar de manera decisiva la puesta en funcionamiento del Centro Estatal de Salud Pública (artículo 47 y adicional cuarta), que deberá dotarse de un reglamento que le permita un funcionamiento basado en la transparencia, el rigor científico y la independencia.

Si los profesionales de la salud pública y nuestras organizaciones incorporamos las disposiciones de la ley en nuestra práctica cotidiana, su aplicación y cumplimiento serán más eficientes socialmente. Es más, podemos favorecer un desarrollo de la ley acorde con los iniciales y ambiciosos planteamientos de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)[25]. Se trata, por ejemplo, de que disposiciones como los principios básicos de salud pública (equidad, salud en todas las políticas, transparencia, seguridad, etc.) se apliquen en toda su extensión, o de que la vigilancia se vaya adaptando para transformarse en una vigilancia de salud pública capaz de monitorizar los condicionantes sociales de la salud. En el terreno de la independencia y de la transparencia, el camino iniciado por la Sociedad Española de Epidemiología (seguido por la Asociación de Economía de la Salud y por SESPAS) sobre la declaración de intereses es un buen ejemplo de cómo se puede ir avanzando en ciertos requisitos que la ley exige[26]. En este caso, es pertinente que los salubristas exijamos que en todas las actuaciones se cumplan estos principios; así, la declaración de intereses se convertirá en la práctica habitual (y no en la excepción, como ahora) de todos los expertos y representantes de organizaciones que compongan los grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones. Igualmente debemos exigir que sean públicos la composición de tales comités, los procedimientos de selección, la declaración de intereses de los intervinientes, los dictámenes y los documentos relevantes. Así lo dispone la ley. Estos principios pueden hacerse extensibles a los entornos laborales de los profesionales de la salud pública, pues las disposiciones mencionadas son igualmente pertinentes y útiles en entornos como el académico o el empresarial, y tanto en el ámbito autonómico como en el municipal.

Nuestra exigencia de que la ley se desarrolle y aplique debe plasmarse en el diálogo técnicamente riguroso, en la cooperación horizontal y vertical[16], y en acciones de abogacía en aquellos ámbitos de poder en que se dirime desarrollar la nueva norma o marginarla[15]. La propia ley define la defensa de los fines y objetivos de la salud pública como una de sus prestaciones[8]. En buena medida, está en nuestra mano que en España la salud pública pase a ocupar un lugar más central en las políticas públicas y privadas, en el sistema económico y en los valores ciudadanos.[11]

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 26/05/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Contribuciones de autoría

Los tres autores han participado en las distintas etapas de preparación del manuscrito, desde su concepción y sus diferentes fases de redacción hasta el visto bueno a la última versión.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Junto con muchos otros profesionales de la salud, el derecho y la política, los tres autores participaron en diversas etapas de la elaboración de la ley comentada en el artículo.

Bibliografía

1. Attaran A, Pang T, Whitworth J, et al. Healthy by law: the missed opportunity to use laws for public health. Lancet. 2012;379:283–5.
2. Muñoz Molina A. Hora de despertar. En: Escrito en un instante (blog); 2011. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://xn–antoniomuozmolina-nxb.es/2011/05/hora-de-despertar/.
3. International Expert Consultation on the Development of a Public Health Law Manual. El Cairo: International Development Law Organization, World Health Organization y O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University, 2010. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/documents/2010_CAIRO%20CONSULTATION%20-%20REPORT.pdf
4. Porta M. Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor. Reflexiones a propósito del proyecto de Ley General de Salud Pública del Gobierno de España. Gestión Clínica y Sanitaria. 2010;12:43–6.
5. Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. El País, 10 junio 2010: 31. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/opinion/Ver/nos/sale/cuenta/elpepiopi/20100610elpepiopi_12/Tes
6. Villalbí JR. De las propuestas del movimiento de prevención al consenso político: la ley de medidas sanitarias contra el tabaquismo. Gac Sanit. 2006;20:1–3.
7. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado, miércoles 5 de octubre de 2011:104593-626.
8. Benavides FG, Moya C, Segura A, et al. Competencias profesionales en salud pública. Gac Sanit. 2006;20:239–43.
9. Meneu R. Aspectos y cuestiones de la salud pública susceptibles de una particular y específica consideración ética. En: Ética y salud pública. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n° 27. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2012, 10-33. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/cuaderno27X.pdf
10. Hernández I. Elementos para la elaboración de una casuística de aplicación de la bioética a la salud pública. En: Ética y salud pública. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, n° 27. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2012, 34-65. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/cuaderno27X.pdf
11. Benavides FG, Porta M, Hernández H, et al. La nueva Ley General de Salud Pública: desarrollarla es el gran reto del próximo gobierno. El País. 2011:36. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/nueva/Ley/General/Salud/Publica/desarrollarla/gran/reto/proximo/Gobierno/elpepusoc/20111003elpepusoc_4/Tes
12. Estefanía J. La economía del miedo. Barcelona: Galaxia Gutenberg; 2011.
13. Sen A. The idea of justice. Nueva Delhi: Penguin; 2009.
14. Asociación de Economía de la Salud (AES). Documento de debate: La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
15. Hernández I, Parker LA. Intelligence for health governance: innovation in the monitoring of health and well-being. En: Kickbusch I, editor. Policy innovation for health. Nueva York: Springer; 2009. p. 23–66.
16. Porta M, Arbós X. La salud pública exige más cooperación. El País. 2011:37. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/05/03/opinion/1304373613_850215.html
17. Ortún V. Introducción. En: Ortún V, director. El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer; 2009. p. ix-xii.
18. Gomá Lanzón J. Yo no he sido. El País (Suplemento Babelia). 2011:17. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/10/29/babelia/1319847155_850215.html
19. Muñoz Molina A. La era de la fealdad. El País (Suplemento Babelia). 2012:7. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://elpais.com/diario/2012/01/14/babelia/1326503536_850215.html
20. Muñoz Molina A. Todo lo que era sólido. El País (Suplemento Babelia). 2010:7. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/12/25/babelia/1293239537_850215.html
21. Benavides FG. Acerca de la formación de los profesionales de salud pública. Algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;26 (Suppl. 1):90–5.
22. Subirats J. El análisis de las políticas públicas. Gac Sanit. 2001;15:259–64.
23. Subirats J, Colomer C, Porta M. El impacto público de los resultados de la investigación en salud pública: alianzas y complicidades. XXIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Sesión plenaria del Encuentro en Salud Pública y Administración Sanitaria. Las Palmas de Gran Canaria, 3/11/2005. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://www.imim.es/programesrecerca/epidemiologia/en_documentsgrecm.html
24. Hernández I. La salud no es sólo cosa de la medicina. El País (extra Salud). 2008:34–5.
25. Urbanos RY, Grupo de Trabajo de SESPAS sobre una Futura Ley Estatal de Salud Pública. Recomendaciones para una futura Ley de Salud Pública en España. Gac Sanit. 2010;24:89–94.
26. Ruano A. El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Barcelona: SESPAS; 2011. (Consultado el 18/04/2012.) Disponible en: http://sanidadambiental.com/wp-content/uploads/2011/03/Conflicto-de-Intereses.pdf