

## **II. LAS POLÍTICAS DE SALUD**

## LAS POLÍTICAS DE SALUD: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS 13 A 17

**Concha Colomer Revuelta**

*Jefa de la Unidad de Promoción de la Salud. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).  
Valencia*

Las políticas de salud es uno de esos temas de los que se habla bastante, se entiende poco y se practica aún menos. Hay otros temas a los que les sucede algo parecido.

Se habla de ellas porque, una vez comprobadas las limitaciones del abordaje biomédico a los problemas actuales de salud, había que encontrar una fórmula alternativa y esta le pareció oportuna a la OMS. De esta manera ha entrado a formar parte del vocabulario de responsables políticos y de profesionales, se ha convertido en un término relativamente de moda, y por lo tanto, también ha asumido los riesgos de transformarse en “palabras huecas”.

Se entiende poco qué son las políticas de salud porque, como término nuevo sobre el que existe escasa experiencia y que supone un cambio en la forma de pensar y de actuar, ha sido aceptado por algunos y rechazado por otros en función, fundamentalmente, de factores tan poco científicos como intereses, experiencias, miedos y pasiones individuales o colectivas, siendo percibido como oportunidades o como amenazas según ellos. Además, se produce un problema semántico con interpretaciones diferentes del término que lo asimilan bien a la política que ejercen los partidos políticos, bien a la política sanitaria, es decir, a las decisiones sobre los sistemas o servicios de salud. En el primer caso la confusión se debe a la falta de palabras diferentes para cada una de ellas, como sucede en la lengua inglesa donde *politics* es lo que hacen los políticos y *policies* las acciones organizadas para la prestación de servicios a la población. En el segundo caso la interpretación errónea se debe a que tradicionalmente el único tipo de planificación de actuaciones dirigidas a resolver los problemas de salud de la población ha estado basado en el desarrollo de servicios sanitarios.

Existen escasas experiencias de cómo llevar a la práctica las políticas de salud porque el desconocimiento sobre cómo desarrollarlas y cómo evaluar sus resultados es grande. Hasta ahora no existía un marco teórico ni una metodología cercana al sector sanitario que permitiera aplicar de manera parecida el trabajo intersectorial, las modificaciones estructurales de los entornos donde se genera y se pierde la salud o la participación de los ciudadanos y ciudadanas en las políticas. Las experiencias existentes, con algunas excepciones, se han basado más en los modelos biomédico y experimental, que en los sociales y de acción, que serían los más adecuados. Así, se ha contribuido a la confusión y falta de credibilidad de sus resultados. Se han considerado como políticas de salud campañas informativas o educativas dirigidas al cambio individual de conductas de riesgo para la salud, que no han tenido en cuenta los determinantes sociales de la salud. Además, sus resultados se han medido en términos de disminución de la morbilidad y mortalidad, que no son indicadores pertinentes para su evaluación, por lo que se ha concluido, erróneamente, que son escasamente efectivas.

La falta de un cuerpo de conocimientos consolidado sobre cómo plantear las soluciones a los problemas actuales de salud, no nos exime de la responsabilidad de hacerlo. Se sabe que la salud y su pérdida obedecen a procesos multicausales complejos, en los que intervienen factores sociales cuya modificación no depende de las personas individuales, por lo que los programas que los ignoran adolecen de peligrosa ingenuidad o intolerable hipocresía. Dedicar los esfuerzos y recursos a actuar contra aquellos temas que se conocen mejor —aunque no sean los más importantes— posponiendo indefinidamente las acciones dirigidas a problemas o factores fundamentales, supone un derroche de los recursos públicos, una falta de responsabilidad social, una desmotivación de los profesionales que realizan trabajos poco efectivos y el engaño a ciudadanos y ciudadanas haciéndoles sentir que son los únicos responsables de sus problemas.

El ejemplo de lo dicho hasta ahora lo tenemos en el resultado de la evaluación de las políticas de salud llevadas a cabo en España en los últimos años, y que se presenta en los capítulos siguientes.

No es casual que ni siquiera existan indicadores planteados por la OMS ni por el Ministerio de Sanidad para la evaluación de las políticas de salud, sino que demuestra por un lado la falta de conocimientos científicos y por otro el escaso interés político en desarrollar facetas que suponen compromisos difíciles de cumplir.

Aunque en muchas CCAA se ha realizado el esfuerzo de formular planes de salud, que podrían haber servido de plataforma para el desarrollo de políticas de salud, su desarrollo se ha circunscrito al sector sanitario y, como mucho, con colaboraciones con el educativo para programas de educación para la salud. Las actuaciones intersectoriales para abordar con objetivos concretos y explícitos de cada sector público y privado y con la comunidad, aspectos con importantes repercusiones para la salud como el transporte, las drogas, la agricultura o el turismo, por citar algunos, no han sido más que declaraciones de interés o experiencias concretas de investigación o demostraciones de buena voluntad o de populismo de algunos gobiernos, que no han contado con los apoyos políticos, técnicos y financieros necesarios.

La complejidad y el impacto potencial de las políticas de salud dependen en gran medida del ámbito desde el que se formulen y al que se pretendan aplicar. Los entornos más pequeños y más cercanos a las personas como las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo, los hospitales, las prisiones u otro tipo de organizaciones, parecen adecuados, según la experiencia existente, para consensuar cambios estructurales que avancen hacia el establecimiento de entornos saludables. En este sentido los programas promovidos por la OMS han conseguido impulsar redes de colaboración para el intercambio de experiencias que aumenten el conocimiento sobre cómo llevar a la práctica las políticas de salud. Pocas de ellas han prendido con vitalidad en España, y algunas que lo hicieron —como la de “Ciudades Sanas”— han sufrido de falta de continuidad en el apoyo y, por lo tanto, su eficacia se ha visto gravemente mermada. Algunas nacen actualmente con tibios apoyos de las administraciones y bajo la sombra de Europa. ¡Les deseamos suerte!

En cualquier caso, tanto en las acciones concretas de redes para la promoción de la salud en diferentes entornos de la vida, como en los objetivos del 15 al 17, se percibe en los indicadores y en las acciones llevadas a cabo un mayor interés en la modificación de las conductas individuales que en los factores del entorno que las modulan.

Que la educación de niños y niñas y jóvenes es de vital importancia para una sociedad saludable es algo tan conocido que no merece mayor comentario, pero llevar a la práctica una educación de calidad que lo consiga es harina de otro costal. Los datos cuantitativos de escolarización son positivos, pero se echa en falta la existencia de indicadores de calidad que sean capaces de evaluar desigualdades y el impacto de las políticas en las habilidades de las personas jóvenes para la convivencia y el desarrollo personal, por ejemplo. En la enseñanza universitaria los aspectos relacionados con la salud (que no con la enfermedad) siguen siendo insuficientes incluso en la de las ciencias de la salud.

Lo que sucede con la alimentación y la nutrición es otro ejemplo de los diferentes planteamientos existentes en el abordaje de los problemas de salud. La sociedad española ha mejorado sus indicadores de nutrición, es decir aquellos relacionados con la situación de nutrición individual, lo que probablemente sea debido más al incremento en el nivel de vida y a la excelente accesibilidad a una alimentación variada y saludable con la que la naturaleza nos ha obsequiado, que a políticas de salud específicas de alimentación que brillan por su ausencia. Incluso las de protección y vigilancia de la seguridad alimentaria, las únicas que existen, tienen graves deficiencias que se manifiestan en cuanto se produce un riesgo importante como, por no irnos muy lejos en el tiempo, los pollos contaminados por dioxinas. Es decir, las actuaciones que se han llevado a cabo han sido educativas, traspasando la responsabilidad a las personas individuales en la elección del tipo de productos que seleccionan para su alimentación, pero no políticas asegurando el acceso universal a una alimentación suficiente, de calidad y segura.

Por las razones expuestas, y que son ajenas a estas políticas, nuestra situación nutricional es positiva en general y de momento, pero tanto las tendencias como algunos indicadores indirectos apuntan a que es necesario dejar de confiar en nuestra suerte. Dos de estos indicadores son exponente de esta reflexión: el incremento de recién nacidos de bajo peso y el porcentaje de niños y niñas con lactancia materna (sobre todo a partir de los 3 meses). El primero está reflejando probablemente las desigualdades sociales existentes entre las mujeres embarazadas, con un incremento de grupos de ellas con mayor estrés social y peor estado nutricional y acceso a los servicios de salud. El segundo indica que en nuestro país, a diferencia de otros europeos, las políticas de apoyo a la maternidad son deficientes y que las mujeres tienen grandes dificultades para compatibilizar sus actividades laborales y reproductivas. Las soluciones a estos problemas no podrán ser nunca educativas, sino de políticas intersectoriales orientadas a la ganancia en salud y la equidad.

Las conductas de riesgo en relación con el consumo de sustancias potencialmente peligrosas si se abusa de ellas, es uno de los objetivos cuyos indicadores están más claramente definidos y se dispone de una relativamente buena información para algunos de ellos al menos. Se echa en falta, sin embargo, un planteamiento en la formulación de estos objetivos que tenga más en cuenta la complejidad de los estilos de vida, es decir, que vaya más allá de la simplista suma de conductas de riesgo y saludables para plantear

una ecuación que nadie sabe cómo resolver en términos de salud. La interrelación de estas con otras situaciones vitales como el estrés, el apoyo social o los recursos disponibles, modulan en gran medida los efectos de dichas conductas sobre la salud. El hecho de que estos aspectos no se tengan en cuenta ni en las políticas ni en la investigación epidemiológica sobre el tema se debe a que son difíciles de medir y de proporcionar y no a que se minusvalore su impacto en la salud.

De hecho, de entre todas las conductas de abuso de sustancias adictivas y dañinas, la más estudiada y atacada es la del tabaco, sobre la que existe más información epidemiológica ya que es, en comparación con las otras, más fácil medir la exposición y las consecuencias (morbilidad y mortalidad). Por el contrario, otras como el consumo de alcohol, que tiene consecuencias devastadoras no sólo en la accidentabilidad, sino en la calidad de vida de los jóvenes y de las familias sometidas a la violencia que produce y por las consecuencias escolares y laborales, se abordan tímidamente.

En cualquier caso todas ellas tienen implicaciones económicas y políticas nacionales e internacionales que enturbian y entibian las acciones de los gobiernos y, una vez más, trasladan la responsabilidad sobre su consumo a las personas individuales.

En estos capítulos del informe se evidencia, por tanto, la contradicción existente entre el abordaje actual de los problemas de salud y sus causas reales, que lleva a actuaciones paradójicas y poco efectivas, no tanto por el tipo de acciones que se realizan, sino porque no atacan los problemas en sus raíces, en sus causas primeras.

En el futuro será necesario plantearse estos temas seriamente y promover, apoyar y facilitar el desarrollo de los dos pilares sobre los que se sustenta: la investigación, tanto la epidemiológica como la de análisis de políticas y otras; la práctica de las políticas de salud en diferentes ámbitos y su evaluación con métodos pertinentes.