



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2019 – 17

**ASPECTOS CLAVE PARA LA MEJORA DE LA SALUD
POBLACIONAL, UNA AGENDA PARA LA ACCIÓN**

Pere Ibern-Regàs

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES),

Universitat Pompeu Fabra (UPF).

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con “la Caixa”.

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Noviembre 2019

ASPECTOS CLAVE PARA LA MEJORA DE LA SALUD POBLACIONAL, UNA AGENDA PARA LA ACCIÓN

Pere Ibern-Regàs, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra (UPF).

Cuando Stoddart y Kindig¹ definieron el término salud poblacional querían ir más allá de la salud pública convencional. Y se referían precisamente a los resultados de salud de un grupo de personas y la distribución de estos resultados en el grupo. Habitualmente nos fijamos demasiado en la media y descuidamos la distribución del nivel de salud. Ellos enfatizaban especialmente en lo segundo, en cómo reducir diferencias en salud. Mientras la salud pública trata de prevenir epidemias, limitar riesgos ambientales o impulsar comportamientos saludables (prevención y promoción de la salud), en la salud poblacional se parte de la aproximación de salud en todas las políticas para avanzar hacia nuevos instrumentos que tengan impacto real en la población. Hasta aquí uno diría que esta aproximación resulta familiar. En nuestro entorno, sin embargo, la distancia que nos separa entre el enunciado del concepto y la realidad es amplia. En Catalunya por ejemplo disponemos del Plan interdepartamental e intersectorial de salud pública (PINSAP²) pretende precisamente este objetivo, o dentro de él el proyecto Comsalut, pretende orientar el sistema de salud hacia la promoción de la salud y la salud comunitaria. La ejemplaridad y ambición del proyecto es indudable del mismo modo que lo es su infradotación de recursos que limita seriamente su impacto en la práctica.

La salud y el bienestar de una población toma como punto de referencia inicial la esperanza de vida. Tomemos como ejemplo las Islas Baleares en los últimos 15 años. La esperanza de vida ha aumentado una media de 3 años. Para los hombres se sitúa en 80,9 años y para las mujeres en 85,8. Sin embargo, el dato clave es la esperanza de vida en buena salud, que para los hombres está en 69,2 años y en las mujeres en 68,2 (con datos referidos a 2016). Es decir que los hombres pasan el 85% y las mujeres un 79% de la vida en buena salud, es decir sin limitaciones funcionales o discapacidad. Diez años antes, en 2006, los hombres vivían en buena salud 61 años, un 78% de su vida y las mujeres 60, un 72% de su vida. En 10 años se ha aumentado la vida en buena salud en 7 puntos. Este es un hito difícil de replicar de forma continuada y en el futuro podemos esperar una tasa marginal de crecimiento más limitada. La pasada década supuso uno de los mayores aumentos que se ha producido en los años de vida en buena salud, casi 3 veces más que el aumento de la esperanza de vida al nacer. Este dato debemos recordarlo como fundamental. Interesa la longevidad pero todavía más la calidad de vida en términos marginales. Hasta aquí he hablado de la media, sin embargo desconocemos como se distribuye este nivel de salud entre la población con precisión.

Además convendrá recordar que este cambio ha coincidido en buena parte con la gran recesión económica que hemos vivido. Una situación económica excepcional que en resumen y para referirnos a los mismos años anteriores (2006-2016) la renta per cápita aumentó tan sólo un 3% en Baleares. El nivel de desigualdad económica ha aumentado hasta un nivel que no habíamos conocido en tan poco tiempo. Un estudio con datos recientes confirma el alcance del aumento de la desigualdad de la renta y hasta qué punto las políticas públicas han tratado

de mitigarlo³. La desigualdad en la renta de mercado en España (antes de transferencias e impuestos) aumentó notablemente (un 11,9% entre 2007 y 2012) fruto entre otros aspectos del aumento del paro, la temporalidad en el empleo y de la población jubilada. Ahora bien, el Estado del bienestar en España ha sido eficaz a la hora de reducir tal desigualdad. En el año 2007 la reducción de la desigualdad fruto de transferencias y políticas públicas era de un 40,9%, antes de la recesión, y fue de un 43,7%, durante los años 2012 y 2015 (durante la recesión). Estas cifras les permiten afirmar que cuanto mayor ha sido la desigualdad de la renta de factores, mayor ha sido el grado de redistribución de las políticas públicas en España y que los instrumentos redistributivos son, por este orden, las pensiones, el gasto público en educación y sanidad, el impuesto sobre la renta y el subsidio por desempleo.

Nos hemos encontrado con una situación desconocida por nuestra generación que precisamente habíamos vivido en un proceso continuado de crecimiento económico. El resultado es que a fecha de hoy el peso de la clase media se ha reducido, mientras que el de las clases bajas ha crecido en la misma proporción⁴. Aun así, la clase media todavía representa el 58% de la población de Baleares en 2017.

Es oportuno también recordar a todos aquellos que anunciaban que el gasto sanitario crecería de forma natural porque la tecnología y el envejecimiento eran imparable, que la realidad les ha desmentido su afirmación. Hemos tenido envejecimiento en esta década pasada, ha habido innovación tecnológica y hemos conseguido mejorar la esperanza de vida en buena salud con una restricción presupuestaria absoluta, desconocida por muchos de nosotros. Todos los que pregonaban que el gasto era inevitable ahora deberían analizar detenidamente lo que ha sucedido realmente, pero desafortunadamente las dinámicas coyunturales evitan tal reflexión. El gran economista de la salud, Bob Evans, en los años 90 ya había afirmado que la inevitabilidad del gasto sanitario era una falacia, y la gran recesión ha tenido la ocasión de confirmarlo, aunque sea de forma ocasional⁵.

Conviene reflejar además que la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario público se ha mantenido durante estos años⁶ con ligeras variaciones en algunos años. Este es un hecho más que notable, que hay que destacar en un contexto adverso. Nos encontramos ante un sistema de salud que ofrece una respuesta apropiada atendiendo a los recursos que dedicamos. El periodista Antoni Bassas decía: "Cualquiera que haya ido por el mundo, y no sólo en países más pobres que Cataluña, sino también en países de la Unión Europea, reconocerá que con recortes o sin ellos, en materia de sanidad no sabemos lo que tenemos. Cientos de millones de personas en todo el mundo darían lo que no tienen para poder llevar en el bolsillo una tarjeta que los cubre como nos cubre a nosotros nuestra tarjeta sanitaria"⁷. Ahora bien, las informaciones y opiniones pasadas no garantizan que puedan mantenerse y convendrá estar atentos a los efectos retardados de la no inversión pública en capital durante estos últimos años.

A la vista de este contexto podemos preguntarnos qué justifica que la sanidad sea motivo de tanta controversia, que se nieguen los hechos y que se haga un uso partidista de los argumentos políticos. Esto tiene que ver con varios factores, pero destacaré dos: "los medios" y "los marcos de referencia". Vivimos en un tiempo donde la política está secuestrada por lo que Neil Postman consideraba un espectáculo. Este gran sociólogo escribió en 1985 un libro

premonitorio muy recomendable, titulado: "*Divertirse hasta morir, el discurso público en la era del show business*"⁸. Señalaba al final del libro: "Lo que yo sugiero es lo que decía también Aldous Huxley, estamos en una carrera entre la educación y el desastre, y necesitamos entender la política y la epistemología de los medios de comunicación. Lo que aquejaba a la gente de El mundo feliz no era que estuvieran riendo en lugar de pensar, sino que no sabían de qué estaban riendo porqué habían dejado de pensar ". Este es un texto escrito antes de la existencia de internet y las redes sociales. No añadiré nada más. La banalización de la cultura y de la política se ha impuesto y nos conviene volver al espíritu crítico fundamentado y al debate respetuoso, aquel que nos hace progresar como sociedad y como personas. La segunda cuestión que quería destacar proviene de la ciencia cognitiva, en concreto del profesor de Berkeley, George Lakoff y que ahora es conocido por su libro "No pienses en un elefante"⁹. Dice: "Los marcos de referencia son estructuras mentales que conforman nuestro modo de ver el mundo, conforman los objetivos que nos proponemos, los planes que hacemos, nuestra forma de actuar y lo que cuenta como resultado bueno o malo de nuestras acciones. En política, los marcos conforman nuestras políticas sociales y las instituciones.

Cambiar nuestros marcos es cambiar todo esto. Los marcos de referencia no pueden verse ni sentirse, forman parte del inconsciente cognitivo, estructuras de nuestro cerebro a las que no podemos acceder conscientemente, pero que conocemos por sus consecuencias: nuestra forma de pensar y lo que se entiende por sentido común." Sigo los trabajos de George Lakoff¹⁰ desde hace años y estoy convencido de que nos puede proporcionar la clave para comprender qué está sucediendo en la política y la gestión sanitaria: nos encontramos ante un nuevo marco de referencia que lucha con lo que hemos convivido durante muchos años y que nos mantenía en lo que los psicólogos llaman "zona de confort".

Hace tiempo un periodista me preguntaba: qué crees que necesita el sistema de salud, más financiación o mejor organización?. Yo le dije que no era posible lo uno sin lo otro, necesitábamos ambas cosas. Él sin duda quería un titular, y eso ya no cabía. Hay que estar atento a los falsos dilemas y escaparnos de ellos. Necesitamos más financiación si somos capaces de demostrar cuál es el valor marginal obtenido de cada euro adicional gastado. De lo contrario me resisto a señalar cuál es el nivel de financiación necesario y cuidadoso. Sin embargo, ya sabemos que el debate sanitario pivota demasiado sobre cuánto dinero nos gastamos y demasiado poco en qué obtenemos a cambio. Demasiado en la financiación y poco en la organización, en cómo estructurar los recursos y los incentivos de forma eficiente.

Por otro lado, si bien disponemos de una Constitución que dice que los ciudadanos somos iguales ante la ley, podemos observar que cuando hay concierto económico, unos ciudadanos pueden gastar en sanidad pública un 40% más que otros en el marco de un mismo Estado de Derecho. En un estado al margen de la igualdad ante la ley resulta difícil pensar seriamente en criterios objetivos, en fijar prioridades, primero hay que resituarlo en el caso que tenga voluntad de permanencia. Esto no ha sido posible desde hace muchas, muchas décadas.

Por lo tanto necesitamos mejor financiación en un marco donde podamos priorizar los recursos para alcanzar un mayor valor en salud, y esto sólo será posible en un marco político de referencia nuevo. Y al mismo tiempo necesitamos mejor organización. En el año 2001,

escribí conjuntamente con Jordi Calsina un artículo titulado: "Más allá de la separación de funciones: las organizaciones sanitarias integradas"¹¹. Hace dieciocho años que algunos ya nos habíamos dado cuenta entonces de que había que cambiar de marco de referencia en el aspecto organizativo. Han pasado muchos años y nos hemos mantenido en una "zona de confort". Había que ir más allá de la separación de funciones porque algunos veíamos que era un concepto difuso, complicado de llevar a cabo a la práctica en un entorno donde la transferencia de riesgo sólo se sostiene sobre el papel. Y proponíamos las organizaciones sanitarias integradas en la medida que cambiaba la lógica de la compra de servicios por el compromiso con la salud de la comunidad por parte de todos los proveedores.

He estado siguiendo y todavía sigo de cerca el esfuerzo hecho desde Palamós por los Servicios Sanitarios Integrados del Baix Empordà, enfocados hacia una visión de servicio integradora sanitaria y social, si me preguntaran por un modelo organizativo apropiado sería este, evidentemente como siempre mejorable.

Tenemos un sistema público de salud con unas características organizativas singulares destacables, citaré dos solamente. La primera es la planificación de recursos, el mapa sanitario, la condición previa a cualquier desbarajuste inversor y al exceso de capacidad instalada que suele suceder en entornos privados. La segunda es la inexistencia del pago por acto médico, motivo de fragmentación, sobrediagnóstico y exceso de tratamiento en muchos sistemas de salud. Aquellos que aún lo aplican y se dan cuenta de lo disfuncional que es, buscan una alternativa.

Ahora bien, el ejercicio responsable de la gobernanza de las organizaciones ha sido posiblemente la pieza más olvidada del engranaje del sistema público de salud. Estamos ante organizaciones complejas que requieren una estructura de decisión e incentivos flexible y a la vez responsable. Sin embargo, mantenemos entidades con un modelo de gestión anacrónico e inflexible. Algunas de las controversias del momento nos las hubiéramos podido ahorrar si hubiéramos dedicado más esfuerzos a estructurar la función de gobierno. Como siempre generalizar tiene riesgos, y por lo tanto ha habido casos ejemplares de gobernanza pero que en mi opinión han sido aislados. Este tema requeriría desarrollo aparte que excede a este artículo.

Y llegados hasta aquí, hay que recordar las singularidades del entorno de la gestión sanitaria. Jeffrey Harris, economista y médico, profesor del MIT e internista del Hospital General de Massachussets escribió en 1977 un extraordinario artículo titulado: "La organización interna de los hospitales, algunas implicaciones económicas"¹². Debo señalar que fue uno de los primeros artículos de economía de la salud que leí y que me impactó. Pero no me sucedió sólo a mí, es uno de los artículos más referenciados que hay a fecha de hoy. Esencialmente Jeffrey Harris dijo en otras palabras, algunas cosas que sabemos los que hemos sido gerentes de hospital. Él sugería que el hospital en realidad son dos empresas: la administrativa y la médica. En esta organización dual hay un conjunto de reglas implícitas de asignación de recursos. La controversia se produce cuando la demanda médica supera la capacidad ofrecida por la administrativa. Nos enfocamos demasiado a analizar la parte administrativa y no tanto a la médica. Y terminaba señalando que hay necesidad de una nueva organización interna de los hospitales.

Ahora si tuviera que reescribir el artículo seguro que iría más allá de los hospitales y pensaría en organizaciones sanitarias integradas. Considero que Harris acertó en el diagnóstico pero se quedó corto en la terapia, se quedó a medias. Hay que repensar muy seriamente la posición de los médicos dentro de la organización sanitaria. Estoy convencido de que el encaje actual chirría, y las propuestas para avanzar son limitadas. Después de observar modelos alternativos, he llegado al convencimiento de que la relación laboral de la profesión médica en un convenio colectivo difícilmente encaja con la realidad de la tarea, el talento y los resultados que se esperan. Si dentro de la relación laboral tengo dudas, imaginen los que tendré si hay una atribución funcional vitalicia, en propiedad, como lo llaman. A fecha de hoy todavía tengo pendiente de encontrar a alguien que me justifique que un médico debe ser funcionario con un argumento convincente.

Para enfocar una visión alternativa, es necesario comprender la profesión médica en el marco organizativo del sistema de salud con las coordenadas inherentes del profesionalismo. Hay que ser precisos en lo que estamos hablando. Entiendo el profesionalismo más allá de la autonomía estricta y sesgada que algunos defienden¹³. Por profesionalismo quiero decir: (1) altruismo, que en caso de conflicto de interés entre intereses profesionales y los de los pacientes, hay que decantarse en favor de los pacientes, (2) un compromiso en la mejora, que los profesionales deben actualizarse en el nuevo conocimiento y su incorporación a la práctica (3) revisión entre colegas, que los médicos deben ser capaces de supervisar el trabajo de los colegas, para proteger a los pacientes y (4) que los médicos deben incorporar el criterio de eficiencia social en las decisiones clínicas.

Si pensamos en una integración asistencial exitosa, necesitamos que la coordinación y motivación en el ámbito clínico sea máxima. En la actualidad, muchos de los avances obtenidos han tenido relación con la capacidad de liderazgo y la cultura organizativa y profesional, aunque los incentivos explícitos han sido escasos. La prueba definitiva de que puede llegar más lejos en la integración es cuando los profesionales se implican porque más allá de los atributos del profesionalismo, sienten que su esfuerzo se ve compensado y respetado. Muy a menudo, la segunda cuestión toma más importancia que la primera, quiero decir que el respeto ocupa una posición superior a la compensación material. Valorar el trabajo bien hecho, reconocerlo, es fundamental en el entorno profesional. En esto, la sociedad profesional es capaz de hacerlo mejor que tal como lo hace la parte administrativa de la organización hoy en día.

Estamos asistiendo a un cambio profundo en la "función de producción de salud". En el libro del cardiólogo Eric Topol titulado "El paciente te atenderá"¹⁴, nos muestra las nuevas capacidades de decisión de los pacientes con su enfermedad. Evidentemente el título es una provocación, porque a medida que uno va avanzando en el libro, explica la importancia de la profesión médica ante la nueva complejidad de información y conocimiento ingente al que nos enfrentamos.

La medicina estratificada o de precisión está empezando y no podemos quedar al margen, la tenemos entre nosotros y debemos preguntarnos si estamos dispuestos a que sea la tecnología la que cambie las organizaciones o si somos nosotros los que tenemos que liderar este cambio desde las propias organizaciones. Respecto a la medicina genómica convendría

establecer programas para la evaluación del genoma poblacional. El ejemplo de Geisinger¹⁵ en Estados Unidos muestra como después de analizar a 200.000 personas, ha sido posible detectar un 4% de población que podía ser susceptible de tratamientos específicos y fundamentados.

Personalmente creo que necesitamos aplicarnos seriamente a identificar cuál es el mejor modelo organizativo para la nueva medicina, antes de que la nueva medicina nos haya condicionado a todos. Estamos a tiempo, pero vamos con retraso. Por ahora, soy incapaz de ver ninguna reflexión profunda en este sentido aquí cerca. Lo que sí podemos hacer hoy es saber dónde estamos, y en qué marco de referencia queremos situarnos. Ya hablé antes de cómo pasamos del marco de las funciones de compra y provisión al marco de la integración asistencial. Ahora conviene entender qué significa el marco de la salud poblacional y cuales son los instrumentos necesarios para el trayecto. La cuestión fundamental detrás de todo debate de política sanitaria es como lograr un mejor nivel de salud para la población y cómo reducir las diferencias en salud existentes que sean evitables e injustas. Podríamos también llamarlo en términos estadísticos, como aumentar la media y reducir la varianza.

Monitorización de la salud y sus determinantes. El primero de los instrumentos a tener en cuenta para avanzar en la salud poblacional pasa necesariamente por monitorizar la salud de la población y sus determinantes¹⁶. Hemos basado fundamentalmente los planes de salud en la información de salud percibida a través de las encuestas de salud. La esperanza de vida en buena salud se basa en percepción subjetiva. Ahora bien, necesitamos contrastar si la percepción subjetiva se corresponde con la realidad objetiva de la enfermedad. En un estudio reciente realizado en Palamós¹⁷ mostramos como el 27% de las personas con 2 enfermedades crónicas o con condiciones de salud complejas afirman tener buena salud cuando son encuestados. Es decir, informan parcialmente o distorsionadamente de su situación cuando son entrevistadas. Las implicaciones de este resultado son fundamentales para la gestión de la salud poblacional y sobre como las políticas sanitarias descansan sobre un sesgo informativo relevante.

Los registros de morbilidad codificados han mejorado sustancialmente, sin embargo desaprovechamos las oportunidades que ofrece la agregación de información ya disponible en un contexto de datos masivos. La estratificación del riesgo a partir de la información de morbilidad es el punto de partida. Es a partir de tal categorización que es posible establecer la modelización predictiva tanto del curso de la enfermedad como de sus costes. En Palamós, una vez más hemos mostrado como una vez conocida la concentración de costes, lo fundamental es predecir la persistencia. Es decir, si sabemos el 5% que acumula cerca del 45% del total de costes sanitarios¹⁸, podemos predecir en qué medida seguirán estando en los siguientes años en este mismo grupo con una área bajo la curva ROC de 0,89 el primer año.

Monitorización de la asistencia y de las prestaciones. La segunda cuestión es la monitorización de la asistencia. Cuando un médico ve a un paciente, sus resultados se relacionan con la evolución de este paciente o con el grupo de pacientes del médico. Necesitamos medir los episodios de enfermedad, entender como un paciente para un determinado episodio es tratado por distintos profesionales y cual es su resultado en una cohorte dinámica. Necesitamos agregar esta información para conocer el impacto, para

mejorar la media y reducir la variación. Kaiser Permanente mostró en el caso de rofecoxib como un medicamento aprobado podía provocar riesgo cardiovascular y muerte y finalmente se retiró del mercado después de que posiblemente sucedieran 28.000 muertes¹⁹. Esto fue posible por la agregación de información sobre resultados adversos sobre una población de un millón y medio de habitantes. Se vió que los que recibían la dosis máxima de rofecoxib tenían tres veces más probabilidades de sufrir un infarto de miocardio o muerte súbita, en comparación con las personas que habían tomado antiinflamatorios. Otro ejemplo más próximo lo tenemos en el self-audit de la prescripción farmacéutica que puso en marcha el Institut Català de la Salut²⁰. La agregación de la información farmacéutica permitió monitorizar pacientes crónicos polimedcados y prevenir efectos adversos. Todo ello empezó hace más de 10 años. En ambos casos no se hablaba de Big Data, pero en el fondo ya se estaba en ello.

El comportamiento individual ante la salud y el riesgo. La tercera cuestión es la relativa al comportamiento individual frente a la salud y los riesgos para la salud. Hace más de una década que se habla de que necesitamos un pequeño empujón hacia los comportamientos deseables pero sabemos poco de cómo llevarlo a la práctica. Si lo fundamental es definir una arquitectura de elección, en entornos complejos esto resulta casi impracticable. Así pues que debemos estar atentos a lo que funciona y a lo que no. Resumiendo mucho, la salud depende de nuestras decisiones y comportamientos, de factores económicos y sociales, factores físicos y medioambientales, de la asistencia sanitaria y de la genética. Qué parte corresponde a cada uno es complejo de averiguar. David Kindig²¹ sitúa el peso de los comportamientos en un 30% del total (decisiones individuales). Y sabemos que incluso podemos influir en la genética en la medida que nuestros hábitos condicionan también generaciones futuras, la herencia epigenética es fuente de expresión del genoma de nuestros descendientes. Si el nivel de salud es fruto de todos estos factores que a la vez dependen de cada uno de nosotros y de la colectividad, entonces el paradigma clásico de la producción, donde hay uno que ofrece los servicios -el productor, el sistema de salud- y uno que los recibe - el consumidor- se encuentra en lejos de lo que hay que tener en cuenta a fin de producir más salud.

El compromiso con la propia salud significa tomar decisiones que contribuyen a mantenerla y mejorarla. Hay riesgos que podemos evitar y está a nuestro alcance. La dificultad aparece en la medida en que somos predictiblemente irracionales. La capacidad cognitiva humana viene impulsada por dos "sistemas"²²:

- Sistema 1: funciona de forma automática y rápidamente, con poco o ningún esfuerzo y sin sentido de control voluntario (Operaciones automáticas) .La mayoría del tiempo, nuestra capacidad cognitiva viene impulsada por el sistema 1, y de forma bastante eficiente

- Sistema 2: dedica atención actividades mentales que requieren esfuerzo (Operaciones que requieren control). Aparece cuando las decisiones o acciones se vuelven complejas y necesitan atención, con exigencia de «concentración». Es mucho más lento. Ambos sistemas están activos cuando estamos despiertos. El Sistema 1 se ejecuta automáticamente y sin esfuerzo. El Sistema 2 se encuentra en modo de bajo esfuerzo, y sólo se utiliza una pequeña parte. El Sistema 1 genera impresiones, intuiciones, sentimientos, intenciones. El Sistema 2 en general las acepta. El Sistema 2 también controla continuamente el comportamiento.

Pero cuando el Sistema 1 se encuentra con una dificultad, pide al Sistema 2 que le ayude: (1) cuando se detecta un problema difícil y (2) cuando se detecta algo inesperado o improbable. El Sistema 1 no se puede detener. Funciona con una heurística determinada y presenta sesgos. Todo ello puede representar un comportamiento alejado de la racionalidad que el sistema 2 no detecte necesariamente.

Una de las principales características cognitivas es la pereza, el rechazo a invertir más esfuerzo que el estrictamente necesario. Mientras no se detecta algo raro, se limita a seguir las impresiones del Sistema 1. Uno de los hallazgos de los psicólogos cognitivos en las últimas décadas es que cambiar de una tarea a otra representa esfuerzo, y especialmente bajo la presión de la inmediatez.

Si así es como funcionamos, entonces las estrategias que presuponen la toma de decisiones racionales entran en contradicción. Siempre se ha pensado desde las estrategias de salud pública que un individuo bien informado, tratará de tomar decisiones que maximicen su beneficio de salud (y en esto se fundamentan las actuaciones en educación sanitaria y difusión de información, necesarias pero no suficientes).

Las personas humanas tenemos muchos sesgos cognitivos en la toma de decisiones y la economía del comportamiento ha revisado el paradigma utilitarista convencional del "consumidor racional" que satisface sus intereses, y busca explicar porque somos predictiblemente irracionales. Ante ello considera que es posible diseñar una arquitectura de elección que nos permita superar tales sesgos²³. Este es un tema controvertido al que no entraré en detalle. En cualquier caso, entender el comportamiento individual ante la salud es fundamental incluso antes de hablar de determinantes sociales.

Por lo tanto, somos responsables de nuestra salud en cuanto a decisiones y comportamiento, somos responsables de exponernos a riesgos evitables, al tiempo necesitamos un pequeño empujón (aunque todavía no sabemos cómo formalizarlo con precisión). La implicación familiar y comunitaria en la salud se encuentra también en el núcleo de la mejora de la salud. La adquisición de hábitos saludables comienza en la familia. El apoyo y afecto en caso de enfermedad o dependencia contribuye decisivamente. A la economía comportamental le preocupa el gregarismo, *herd effect*, porque se encuentra en el origen de muchas decisiones por defecto que tomamos. Somos responsables pues de contribuir a crear entornos saludables cercanos y de evitar riesgos extremos.

Precisamente nos encontramos en un contexto que David Courtright ha calificado de capitalismo límbico, en su último libro titulado "*The age of addiction*"²⁴. Explica que las historias de placer, vicio y adicción están relacionadas, y describe los fundamentos de la adicción. El capitalismo límbico se refiere a un entorno económico, tecnológicamente avanzado pero regresivo socialmente en el que las empresas impulsan el consumo excesivo y la adicción. Y esto lo hacen enfocando su actividad hacia el sistema límbico, la parte del cerebro responsable de los sentimientos y la reacción rápida. Es allá donde las neuronas hacen posible el placer, motivación y funciones críticas para la supervivencia. El capitalismo límbico es un producto de la evolución cultural. Otros autores se han referido al mismo fenómeno hablando de determinantes comerciales de la salud. El libro lleva de subtítulo "como los malos

hábitos son el origen de un gran negocio”. Uno ya puede imaginarse que se revisa el alcohol, tabaco, drogas de abuso, alimentos, juego, adicción digital para terminar con una llamada contra los excesos. La sociedad necesita ser capaz de limitar el desarrollo del capitalismo límbico mediante una regulación adecuada. El caso de los opioides en Estados Unidos es desde mi punto de vista un ejemplo claro de capitalismo límbico que además cierra el círculo, crearon la adicción y además generaron negocio fraudulento curándola²⁵. Ambos aspectos han sido demostrados. Debemos estar atentos a que no haya contagio próximo de esta epidemia.

La organización y el talento. La cuarta cuestión se refiere a la organización y el talento necesario para mejorar la salud poblacional. Los departamentos de salud pública han estado dirigidos por epidemiólogos. La orientación hacia la salud poblacional requiere multidisciplinariedad, atender a una combinación de capacidades y talento procedente de la Epidemiología y Medicina, por supuesto, con el Derecho, la Economía, la Política y la Ética. Los aspectos regulatorios y legales tienen una importancia capital. Entender el impacto en términos del coste-efectividad de las medidas en salud poblacional obliga a análisis que han sido marginales hasta el día de hoy. O la necesidad de incluir los aspectos éticos, igualmente relevantes. La gestión de la salud poblacional necesita permeabilizarse tanto dentro del sistema de salud como fuera y en este sentido hay que conseguir en términos del gobierno, la adecuada interacción que permita la salud en todas las políticas.

He resumido en cuatro los aspectos por dónde empezar, la agenda para la acción es pues: monitorización de la salud y sus determinantes, monitorización de la asistencia y prestaciones, análisis del comportamiento individual y los riesgos ante a la salud y la definición de la nueva organización para la salud poblacional.

Kindig, el salubrista que promovió el concepto de salud poblacional, publicó un libro titulado “*Purchasing population health*”²⁶ a finales de los 90. Sin duda, desde mi punto de vista lo más desacertado era el título porque enfatizaba una perspectiva mercantilista de la salud totalmente evitable. En realidad el libro y algunos artículos adicionales, se dirigían a mostrar que los recursos económicos deberían asignarse con el criterio de mejora de la salud poblacional. Es decir, en lugar de financiar en base a servicios asistenciales prestados, convendría asignar capitativamente los recursos a una entidad que gestionara la salud poblacional con un indicador último de referencia: la esperanza de vida en buena salud. La idea es sugerente, pero hay una distancia importante para llevarla a la práctica porque desconocemos todavía cuáles son los factores que determinan marginalmente el resultado o que lo confunden y cuáles son los incentivos que funcionan. Ahora bien, avanzar en la medida de la esperanza de vida en buena salud en áreas geográficas pequeñas sería un primer paso para que en el futuro fuera posible²⁷.

El reto de la salud poblacional va más allá del sistema de salud y de la política sanitaria, cabe englobarlo en la consecución del bienestar y la felicidad²⁸. Ello debería ser objeto de un debate público informado, un debate político y ciudadano. En el parlamento debe confluir este debate respetuoso, profundo, fundamentado, que busque el consenso y evite la excesiva polarización²⁹; el gobierno debe captar el mayor talento para una regulación y gestión de la salud poblacional; las organizaciones deben dar respuesta a la atención de calidad con un nuevo marco de referencia; los clínicos deben encajar en la organización guiados por el

profesionalismo; los ciudadanos deben asumir la responsabilidad ante su salud y hacer sentir su voz para contribuir a la mejora del sistema. Queda mucho camino por recorrer, este artículo ha tratado de aportar pistas hacia donde dirigir la atención y los esfuerzos a realizar.

Nota: Este es un texto adaptado del discurso realizado el 23 de Septiembre de 2019 en la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

¹ Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is population health?. *American journal of public health*, 93(3), 380-383.

² Mateu i Serra, A. (2015). Salud en Todas las Políticas e intersectorialidad en la promoción de la salud: el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) de Cataluña. *Medicina Clínica*, 145, 34-37.

³ Calonge, S., Manresa, M. (2019). Crisis económica y desigualdad de la renta en España. Efectos distributivos de las políticas públicas. Funcas, Madrid.

⁴ Murillo, R.(2019). ¿Quién es la clase media?. Informe Mensual Nº 437. Caixabank Research.

⁵ Morris L. Barer, Greg L. Stoddart, Kimberlyn M. McGrail, and Chris B. McLeod (eds). (2016). *An Undisciplined Economist: Robert G. Evans on Health Economics, Health Care Policy, and Population Health*. McGill-Queen's University Press, Montreal & Kingston.

⁶ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). Barómetro Sanitario.Madrid.

⁷ Bassas, A. Protegim la sanitat catalana. Editorial. Ara 29/4/2015

⁸ Postman, N. (1985). *Amusing Ourselves to Death: Public Discourse in the Age of Show Business*. Penguin.

⁹ Lakoff, G. (2014). *The all new don't think of an elephant!: Know your values and frame the debate*. Chelsea Green Publishing.

¹⁰ Lakoff, George.(2008) *The political mind: why you can't understand 21st-century politics with an 18th-century brain*. Penguin.

¹¹ Pere Ibern, Jordi Calsina. (2001). Més enllà de la separació de funcions: organitzacions sanitàries integrades. *Fulls econòmics del sistema sanitari*, Nº 35, 2001, págs. 17-20

¹² Harris, J. E. (1977). The internal organization of hospitals: some economic implications. *The Bell Journal of Economics*, 467-482.

¹³ Freidson, Eliot.(2001) *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago press.

¹⁴ Topol, Eric.(2015). *The patient will see you now: the future of medicine is in your hands*. Basic Books.

¹⁵ <https://econsalut.blogspot.com/2018/10/geisinger-it-is-not-any-fiord.html>

¹⁶ Verschuuren, Marieke, and Hans Van Oers, eds.(2018). *Population Health Monitoring: Climbing the Information Pyramid*. Springer.

¹⁷ Carreras, M., Puig, G., Sánchez-Pérez, I., Inoriza, J. M., Coderch, J., & Gispert, R. (2019). Morbilidad y estado de salud autopercebido, dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gaceta Sanitaria*.

¹⁸ Coderch, J., Sánchez-Pérez, I., Ibern, P., Carreras, M., Pérez-Berruezo, X., & Inoriza, J. M. (2014). Predicción del riesgo individual de alto coste sanitario para la identificación de pacientes crónicos complejos. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 292-300.

¹⁹ Topol, E. J. (2004). Failing the public health—rofecoxib, Merck, and the FDA. *New England Journal of Medicine*, 351(17), 1707-1709.

²⁰ Catalán, A., Amado, E., Pons, A., Dehesa, R., Troncoso, A., & Figuerola, M. (2010). Self-audit de prescripción farmacéutica. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 2(1), 5.

²¹ Kindig, D. A., & Isham, G. (2014). Population health improvement: a community health business model that engages partners in all sectors. *Frontiers of Health Services Management*, 30(4), 3-20.

²² Kahneman, Daniel.(2011) *Thinking, fast and slow*. Macmillan.

²³ Hansen, Pelle Guldborg (2018). "BASIC: Behavioural Insights Toolkit and Ethical Guidelines for Policy Makers."

²⁴ Courtwright, David T (2019). *The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business*. Harvard University Press.

²⁵ <https://econsalut.blogspot.com/2018/08/the-us-opioid-crisis-public-health.html>

²⁶ Kindig, David A. (1997) *Purchasing population health: paying for results*. University of Michigan Press

²⁷ Baciú, Alina, and Joe Alper, eds.(2015) *Financing Population Health Improvement: Workshop Summary*. National Academies Press.

²⁸ Clark, A. E., Flèche, S., Layard, R., Powdthavee, N., & Ward, G. (2019). *The origins of happiness: the science of well-being over the life course*. Princeton University Press.

²⁹ Ibern, P. (2018). La producció eficient i equitativa de salut. *3r Congrés d'Economia i Empresa de Catalunya-Full papers*. https://www.scipedia.com/public/Ibern_2018a

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

Ibern-Regàs, P; **"La producció eficient i equitativa de salut"** Colección Health Policy Papers 2019-16_PI.

López-Casasnovas, G; **"Evitar errores fiscales en sistemas sociales que se quieran inclusivos y favorables al crecimiento"** Colección Health Policy Papers 2019-15_GL.

López-Casasnovas, G; **"Reflexions sobre l'equitat des d'una perspectiva generacional"** Colección Health Policy Papers 2019-14_GL.

López-Casasnovas, G. **"Aproximación a la atención primaria desde la perspectiva de la economía de la salud. A la búsqueda de apalancamientos positivos y de evitar frustraciones"** Colección Health Policy Papers 2018-09bis_GL.

López-Casasnovas, G; **"Los cuidados de larga duración. Alternativas de financiación. Gravar el patrimonio para financiar la dependencia. Una propuesta."** Colección Health Policy Papers 2019-13_GL.

López-Casasnovas, G; **"Cuestiones no resueltas en economía de la salud aplicada al sector del medicamento."** Colección Health Policy Papers 2019-12_GL.

López-Casasnovas, G; **"Els reptes de futur del sector sanitari. La provisió pública des de la concertació sanitària."** Colección Health Policy Papers 2019-11_GL.

López-Casasnovas, G; **"Los CAR-Ts Como síntoma"** Colección Health Policy Papers 2019-08_GL.

López-Casasnovas, G; **"Indicadores y políticas públicas. Objetivos de salud y realidades sanitarias"** Colección Health Policy Papers 2019-10_GL.

Maynou, L; Hernández-Pizarro, HM; Herisson, M; Saez, M; **"Physical activity and mental health: a systematic review"**. Colección Health Policy Papers 2019-09_HH_LM_MH_MS.

López-Casasnovas, G; **"La capacitat de decidir i la cohesió social: el cas de la concertació educativa i sanitària"** Colección Health Policy Papers 2019-07_GL.

López-Casasnovas, G; **"Futuribles per al nostre sistema de salut"** Colección Health Policy Papers 2019-06_GL.

López-Casasnovas, G. **"El futuro de la formación y la investigación en economía de la salud"** Colección Health Policy Papers 2019-05_GL.

López-Casasnovas, G. **"El futur de les pensions. La necessitat del consens i les raons del disens"** Colección Health Policy Papers 2019-04_GL.

López-Casasnovas, G. **"Reflexió sobre la cohesió i la desigualtat social al nostre país"** Colección Health Policy Papers 2019-03_GL.

López-Casasnovas, G. **"Nous reptes per a la gestió pública"** Colección Health Policy Papers 2019-02_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>