



Conclusiones

Ildefonso Hernández Aguado

Estas conclusiones procuran detallar y ordenar los aspectos más destacables del debate compartido durante la jornada, algunos de los cuales ya han señalado Pol Morales y Fèlix Bosch en el capítulo introductorio. Antes de ello, cabe trazar el marco de la iniciativa y las cuestiones previas planteadas, que en parte se reflejan en las ponencias previas de Beatriz González, Ricard Me-neu y Joaquín Nieto.

Cuando se considera la salud y se debate sobre qué políticas elegir, suelen surgir los problemas que consideramos más intensos, generales, urgentes o novedosos. Sería el caso de la recuperación de la sanidad pública de su deterioro agudizado por la crisis¹⁻³ o la necesidad de abordar la pobreza infantil,⁴ problemas que en diferente grado han merecido atención pública reciente. Este hecho nos remite a la cuestión sobre cómo se definen los problemas y cómo se establece la agenda política.⁵ La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) tiene como fin esencial la mejora de la salud de la población, y por ello desarrolla acciones de defensa y abogacía por la salud. El debate propuesto pretendía precisamente facilitar la tarea de SESPAS de contribuir a la inclusión de asuntos en la agenda política.⁶ Cuando SESPAS hace recomendaciones de políticas de salud, tales como las publicadas con motivo de las últimas elecciones locales y autonómicas,⁷ suele hacerlo mediante la selección más o menos inspirada de conclusiones de trabajos previos y sin un procedimiento definido. Creímos que disponer de unas directrices sobre cómo realizar en el futuro el trabajo de elegir qué políticas de salud es preciso implantar tendría utili-

dad social más allá de facilitar la propia labor de SESPAS en defensa de la salud. Con este propósito se convocó el debate que la Fundación Dr. Antonio Esteve hizo posible.

Sabíamos de la dificultad de la tarea de priorizar. Pero también desde el principio del debate partíamos de la convicción de que el modelo no priorizado no es sostenible y que, tal como apunta González en su capítulo, el propio proceso de priorizar crea cultura de priorización cuando esta es participativa. De ahí que parte del debate se enfocase en cómo deben desarrollarse modelos de priorización en el futuro.

Un inconveniente adicional subyace en que pretendíamos considerar la priorización de políticas dirigidas a la ganancia en salud –promoción de salud, protección y prevención–, mientras que lo habitual es priorizar en la organización de los servicios de salud. En la generación del conocimiento, se parte de una predominancia del cuidado sanitario de la enfermedad y son escasos los conocimientos y experiencias sobre políticas enfocadas en la salud de la población. Esa supremacía de la asistencia sanitaria sobre otros abordajes también se da en la esfera pública, donde la atención social a la asistencia sanitaria es abrumadora en comparación con la que se da a otras políticas de salud. Los medios de comunicación, salvando excepciones, se ocupan poco de las potencialidades de las políticas de ganancia en salud.⁸ Digamos, pues, que uno de los principios de actuación recogidos en la Ley General de Salud Pública,⁹ la salud en todas las políticas, está todavía poco desarrollado y las iniciativas que proponen visualizar los efectos que intervenciones en ámbitos ajenos a la sanidad

tienen en términos de salud y bienestar son escasas. De ahí que las primeras reflexiones que se suscitan acerca de la priorización cuestionan el qué de la priorización, si cabe por ejemplo considerar como prioridad de políticas la configuración política en sí misma, más aún teniendo en cuenta otras características distintivas de las actuales políticas públicas.¹⁰ La más destacada es la complejidad del espacio de decisiones, tanto por su extensión hacia arriba a ámbitos supranacionales y hacia abajo a ámbitos regionales y locales, como por la ampliación del número de actores. En el ámbito de la salud, agencias europeas como la Agencia Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) o a la Agencia Europea de Químicos (ECHA) regulan aspectos sustanciales que condicionan la salud de los europeos, y los Estados –en particular algunos– no se han dotado de procedimientos de gobierno adaptados a estas necesidades. De hecho, las Administraciones públicas hacen como si los cambios abruptos del escenario político, económico y social no fueran con ellos. En España, la levedad actual del Ministerio de Sanidad, incapaz de una mínima capacidad de rectoría, no se compensa con una cooperación efectiva institucionalizada o no de las comunidades autónomas, siendo esta cooperación recomendable.¹¹ Ello vuelve a plantear si, además de prioridades de intervención, es preciso elegir políticas que doten a las instituciones de la capacidad para la implantación de esas políticas. Incluso cabría examinar si hay que desarrollar acciones que faciliten la competencia administrativa efectiva para contribuir a una determinada definición favorable de los problemas y para articular coaliciones de actores favorables a las políticas que se establezcan como prioritarias, para situar las políticas deseadas en la misma dirección de las principales corrientes sociales. Al respecto, el caso de la ley de prevención del tabaquismo es ilustrativo,¹² pues muestra cómo una vez situado el objetivo de la salud en la corriente principal –asunto que requiere esfuerzo y tiempo– es más fácil aprovechar una ventana de oportunidad y culminar con una acción normativa. Es una experiencia que podría aplicarse si se prevé el uso de la legislación como instru-

mento de mejora de la salud pública, por ejemplo en el campo de la nutrición.¹³

Otra circunstancia a tener en cuenta a día de hoy al reflexionar sobre la priorización es el aumento de la incertidumbre por diversos factores. De ahí que algunos apunten que estamos en realidad ante ventanas de oportunidad política por obligación. Se acabó la tendencia, bien conocida en políticas de servicios sanitarios, a solventar los problemas que surgen mediante el aumento del presupuesto. Otros sugieren que no es tanto la crisis como un cambio de época simultáneo, y que no se trata, por tanto, de la modulación de las respuestas a los problemas, sino de replantearse las preguntas. Se podría así abrir un escenario favorable a una visión de acción en salud en la que esta deja de ser un objetivo por sí misma –lo que lleva a una medicalización sin límite de la vida– y es, en cambio, la consecuencia de un abanico de políticas diversas que además contribuyen al bienestar.

Al examinar posibles actuaciones sobre la salud, surge también otra duda. Por una parte, puede aplicarse el principio de precaución en no adoptar iniciativas innovadoras si no hay garantías de una implantación adecuada, es decir, no hacer nada si se va a hacer mal para evitar erosionar el potencial de cambio, tal como apunta González en su capítulo. Pero el mismo principio de precaución puede esgrimirse para actuar sin dilación cuando hay sospechas de que hay riesgos para la salud, por ejemplo cuando un producto químico ampliamente usado como herbicida es considerado potencialmente cancerígeno por la Agencia Internacional del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁴ No hay que olvidar que la inercia en políticas públicas es hacia la inacción. Aunque la política pública se ha definido como «todo lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer» (citado en ref. 7), y aunque las no decisiones pueden estudiarse con los mismos métodos que las decisiones, el hecho es que las no decisiones pasan inadvertidas y requieren menos rendición de cuentas. Además, son consecuencia frecuente de la influencia sutil de las corporaciones industriales y comerciales, que son actores muy relevantes en el nuevo escenario mundial.¹⁵ El principio de pre-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

caución debe considerarse, por tanto, en las dos direcciones: no hacer si se puede perjudicar o no dejar hacer si es nocivo.

Un asunto clave en el debate desde el inicio, y que está enlazado con las formas de gobierno, es la participación democrática en los propios procesos de priorización. Al respecto, Nieto describe experiencias útiles en salud laboral. Todo parece indicar que debe replantearse la participación en función de las nuevas expectativas sociales hacia formas de decisión que incluyan también la concertación entre redes de actores y cierta renuncia a la visión jerárquica de la administración.^{16,17}

Otras cuestiones previas que surgieron tienen que ver con las posibles recomendaciones de políticas a implantar, entre las que podría considerarse como prioridad la propia necesidad de que las administraciones públicas prioricen sus actuaciones, y más aún, como indica Meneu, que este proceso sea transparente y participativo más allá de que se apliquen criterios comúnmente aceptados, para lo que en el mencionado capítulo se ofrecen suficientes referencias. Así pues, la elección de políticas prioritarias para ganar salud no tiene por qué ser una lista de problemas o una lista de intervenciones más o menos factibles; puede consistir en medidas que mejoren la gobernanza del sistema en cualquier nivel y lo adapten al nuevo escenario social y político derivado de la globalización y su cortejo. Ello no es óbice para que en el ejercicio de hacer algunas concreciones sea conveniente ofrecer un listado de problemas o intervenciones prioritarias. Por ejemplo, en el Informe Nacional Sueco de Política Pública de Salud pueden encontrarse recomendaciones concretas y acertadas de políticas para ganar salud, desde aquellas que se dirigen a los condicionantes sociales de la salud, tales como la calidad democrática, el empleo, la educación o la vivienda, hasta medidas puramente sanitarias o programas específicos de salud pública.¹⁸ En esta empresa hay ejemplos que son bien apropiados¹⁹ si al tiempo no descuidamos otras políticas que pueden parecer más o menos distantes, pero que están claramente enlazadas con la salud^{20,21} y que, bien miradas, pueden crear riqueza en todo el sentido de la palabra.²²

Una vez revisado el marco general, es oportuno precisar que el debate tras las ponencias se estructuró de forma que se consideraran al menos las siguientes preguntas: ¿qué recomendaciones cabe tener en cuenta antes de un proceso de priorización?, ¿hay algunas prioridades obvias en políticas de salud o en políticas relacionadas con la salud? y ¿cómo debería avanzarse en el proceso de priorización? Otra cosa es que se respondiera a ellas. Lo que a partir de ahora se expone es una síntesis de las respuestas, sugerencias y contrastes de pareceres que se compartieron durante la jornada. Algunas de las ideas plasmadas pueden ser contradictorias, lo que es consecuencia de la riqueza y diversidad de las aportaciones; otras son complementarias a las que se han expuesto en los capítulos anteriores. Lo que se recoge en el texto que sigue es, por tanto, de autoría conjunta, pero cualquiera de los participantes puede no compartir algunas de las recomendaciones, prioridades o afirmaciones vertidas por la diversidad aludida o por la subjetividad y los sesgos del que escribe.

Prioridades sobre la definición de los problemas, el entorno cultural y las respuestas sociales y políticas (Tabla 1)

Sobre los problemas de salud y sus definiciones

Priorizar requiere una determinada concepción de la salud. Los conceptos de salud habitualmente considerados, tales como la definición de la OMS,²³ son demasiado amplios, con independencia de las bondades que tengan o hayan tenido para influir socialmente en la conceptualización pública de la salud. Al priorizar se requiere ser más preciso si de lo que se trata es de aportar servicios asistenciales –primero cuidar y aliviar a los que más sufren–. Si además deseamos modificar el marco de la aproximación social a la salud, debemos centrarnos más en los condicionantes de la salud y en explorar lo que la salud comparte con los otros ejes del bienestar. Es contraproducente priorizar únicamente dentro de la política de salud, sin incluir la salud en el con-

Tabla 1. Prioridades sobre la definición de los problemas, el entorno cultural y las respuestas sociales y políticas.

- La concepción de salud debe separar entre un concepto más concreto y aplicable a la organización de los servicios sanitarios asistenciales y una concepción más general de salud como consecuencia del buen vivir. Por una parte se trata de atender al que sufre, al que necesita cuidado, y por otra, de implantar políticas de bienestar que indefectiblemente sirven para mejorar la salud.
- Es urgente abrir el debate social sobre el buen morir. La vida ilimitada es una quimera y es mejor cuidar que tratar de curar lo imposible. El encarnizamiento médico y la falta de autonomía para decidir la manera de morir son inaceptables.
- La autonomía crítica es imprescindible, es decir, la capacidad de decidir sobre lo que los otros dicen que tienes que hacer (médicos, abogados, etc.). No hay autonomía sin vínculos e interdependencia.
- Hay que cambiar la definición pública de la salud y de los problemas de salud. La idea de salud a toda costa e ilimitada –incluyendo cualquier tecnología, incluso mutilante– debe sustituirse por una aproximación menos medicalizada y cuyos logros se derivan de recuperar el valor de lo común, de las acciones que se desprenden de la búsqueda solidaria del bienestar común.
- La evaluación, la rendición de cuentas, la responsabilidad sobre lo común y la conciencia de que nada es gratuito han de ser una exigencia pública en el futuro.
- Los profesionales de la salud tienen un papel central en conseguir que el sistema deje de hacer intervenciones inútiles o perjudiciales, y contribuir a la conciencia pública de que hay que elegir.
- Es una prioridad abordar la respuesta de la población al entorno consumista desde la educación y los valores cívicos.
- Cualquier código ético incluye el cumplimiento de las normas. Hay que reforzar los mecanismos que obliguen al cumplimiento de las leyes. El desprecio por la Ley General de Salud Pública ilustra la cultura política sobre el incumplimiento de las leyes por los propios gobernantes.
- Es urgente un cambio en España sobre el uso de la inteligencia colectiva por parte de las administraciones públicas.
- La cultura política de la transversalidad es imprescindible. Para ello no bastan soluciones técnicas, es una cuestión de diálogo, intercambio e interacción.

junto del bienestar. De hecho, en algún momento vital puede importar mucho más estar sin trabajo que otra condición; la salud es más una consecuencia que una causa –que también lo es– del bienestar en todas sus dimensiones. Insistimos en que la enfermedad que produce sufrimiento es prioridad de atención, pero también en que debemos modificar las percepciones de salud en una sociedad que tiene la salud como objetivo en sí mismo y no como un medio para el bienestar. Se ha comprobado que la percepción de los problemas de salud por la población está muy mediada y no se corresponde con lo que indican los datos de vigilancia en salud pública. Por ejemplo, si se presta mucha atención desde los medios y desde algunas organizaciones al cán-

cer de mama, muchas mujeres responderán que su mayor problema es el cáncer de mama, aunque suponga un porcentaje bajo de morbilidad y mortalidad. Por ello, la definición de los problemas y cómo son descritos socialmente importa mucho para las respuestas desde las políticas de salud. Hay que prestar atención a las poderosas corrientes tendentes a medicalizar la sociedad, logrando que cualquier pequeña aflicción se convierta en enfermedad susceptible de tratamiento por productos patentados,²⁴ y hay que estar atentos a cómo se presentan públicamente los problemas. Precisamente, una cuestión clave al priorizar es si se parte de problemas o de sus condicionantes, de sus causas. La presentación pública de los problemas, el *framing* de los me-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

dios de comunicación²⁵ y los aspectos culturales inducen a que, por ejemplo, la obesidad se describa como una consecuencia de la libre elección personal del sujeto obeso, que a su vez se convierte en responsable de la solución. Alternativamente puede presentarse como lo que en realidad es: el efecto de un entorno obesogénico. Si realmente se quieren solucionar los problemas de salud de la sociedad actual, hay que recordar que los enfoques individuales no funcionan para los problemas graves de salud de las poblaciones humanas, y que hay que cambiar los mensajes. Tiene que haber menos énfasis en los estilos de vida y más en los condicionantes de la salud. Los enfoques individuales se pueden mantener, pero no bastan para afrontar la magnitud y complejidad de los problemas. Estamos ante problemas sistémicos a los que no responden ni los servicios sanitarios por su cuenta ni la clásica e ineficaz educación para la salud apuntando al cambio individual sin modificar los condicionantes sociales que causan los problemas de salud. Cabe aprovechar las acciones de buenas prácticas ya iniciadas, como aplicar los principios de salud en todas las políticas, e ir ganando espacios para que cada centro escolar, centro de trabajo, barrio, municipio, comunidad y Estado apliquen políticas que busquen sinergias hacia la prioridades sociales, la educación de calidad, la salud y el bienestar, asegurando la sostenibilidad del planeta. En este contexto, la comunicación, el *marketing* público y la participación del sector cultural se convierten en elementos clave para ganar en el terreno de las ideas. Las evidencias científicas como fundamento de las políticas son necesarias, pero insuficientes; son sólo una pieza más y menor en su formulación.

Relacionado con lo anterior, se constata que es necesario y urgente abrir el debate sobre el buen morir. Resulta chocante, por ejemplo, que haya personas de avanzada edad que se mueran en la ambulancia que les lleva a un centro sanitario para recibir un tratamiento quimioterápico de escasa eficacia para un cáncer que en ocasiones se ha diagnosticado precozmente cuando no estaba indicado. El encarnizamiento terapéutico es demasiado prevalente, pero el cambio hacia el buen morir requiere un debate público y afrontar

socialmente el significado de la muerte. Hay que aprovechar que poco a poco va avanzando la idea de que no es cierto lo de la vida sin límites, de que a veces es mejor cuidar bien que tratar de curar lo imposible.

Así pues, ante la enfermedad, ante el sufrimiento palmario, el sistema sanitario debe diagnosticar con celeridad y tratar con efectividad. Debe hacer el mínimo daño y resistir las presiones externas e internas (culturales, comerciales y tecnocráticas) que le llevan a generar propuestas falsas, inútiles o perjudiciales.²⁶ Por lo que respecta a la ganancia de salud de la población, debe adoptar un enfoque de condicionantes e integrar la salud dentro de los objetivos del bienestar, compartiendo por tanto recursos y objetivos con otros ejes de las políticas del bienestar. Por tanto, al priorizar no se trata de modular las respuestas del sistema de salud, sino de modificar por completo el marco y las respuestas. El sistema de salud debe dejar de perseguir la salud a toda costa como objetivo último y facilitar que parte importante de las ganancias en salud sean el efecto de políticas relacionadas con el bienestar en sentido amplio.

Al respecto no está de más recordar el Preámbulo de la Ley General de Salud Pública:⁹ «El objeto de esta ley es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población. La salud, definida como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, proporciona junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar. Por ser autónoma, la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, para lo cual hay que proporcionar una educación que asegure la capacidad crítica, la posibilidad de madurez democrática y participativa. Al fin y al cabo, educación y salud conforman parte de la materia prima que sustenta una sociedad democrática. Ambas se relacionan íntimamente y facilitan el deseable bienestar social y el necesario desarrollo económico sostenible». Aunque no expresado de forma idéntica, a partir de la definición de salud del X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana de Per-

pinyà, en 1976,²⁶ se propone una transversalidad entre salud y otros ejes del bienestar con los que está íntimamente relacionadas.

Sobre los cambios culturales en el ámbito político y social

Hemos tratado ya del cambio necesario desde una búsqueda de la salud como fin en sí mismo hacia la salud como una consecuencia más del buen vivir, del bienestar; también sobre el imperativo de la priorización, por la insostenibilidad, sobre todo social, de un modelo no priorizado. Para ello son necesarios cambios en el entorno cultural que aprovechen aquellas corrientes que son favorables y conduzcan a unas percepciones sociales y políticas distintas a las actuales, más favorables a un modelo social comunitario y sostenible. Hasta ahora, la reivindicación social no lleva aparejada explícitamente la exigencia de evaluación, de rendición de cuentas y de responsabilidad sobre lo común, ni hay tampoco conciencia de que nada es gratuito. Se carece de cultura de evaluación y de infraestructura institucional adecuada para la rendición de cuentas. Los intentos de crear instituciones capaces de monitorizar políticas, tales como la Agencia de Evaluación de Políticas, han sido fallidas por escasa dotación o convicción, o bien se ha tardado poco en desnaturalizarlas o manipularlas. No obstante, hay algunos signos esperanzadores, tanto por la inclusión de algunas de estas cuestiones en los programas electorales²⁸ como por la creación de algunas instituciones de evaluación que están funcionando razonablemente bien.²⁹

Respecto a la escasa percepción del coste de las actuaciones públicas, en el campo de la salud el caso de las vacunas es paradigmático porque casi todas las partes implicadas parecen asumir que son gratuitas. Se llega a situaciones de obvio mal gobierno porque se supone que no existe el coste de oportunidad o se ignora y se juega con ventaja al saber que quien lleve la contraria se llena de oprobio por el halo benéfico de cualquier vacuna.³⁰ Por parte de los profesionales, sería un gran avance que ellos mismos identificaran lo que podría dejar de hacerse con aquello que hacen, y que hubiese liderazgo y coraje político

para contribuir a la percepción pública de que hay que elegir sobre qué prestaciones son posibles, y que lo prioritario, antes de nada, es que el sistema de salud deje de hacer aquello que es inútil y sobre todo lo que es perjudicial.

No debemos olvidar que el consumismo –y en consecuencia los problemas con él relacionados–, se adquiere sin esfuerzo. La publicidad y el entorno cultural condicionan la supremacía del consumo como forma de bienestar y motivan que se otorgue un valor máximo a lo económico. En salud, los efectos de la publicidad son bien conocidos, como también lo son las formas en que los medios –influidos por actores varios– definen los problemas de salud apuntando soluciones que enfatizan el papel del individuo y se oponen a cualquier política pública. En particular, es feroz la oposición a las políticas que afectan a la publicidad y a los impuestos que gravan los productos insalubres. El caso de la obesidad es paradigmático, pues en él se comprueba cómo la definición del problema suele centrarse en la responsabilidad individual y, en consecuencia, las propuestas de soluciones suelen apuntar a intervenciones en el individuo, aunque con diferencias entre países según el entorno cultural.³¹⁻³⁴ Al contrario que el consumismo, que se adquiere casi por ósmosis, los valores cívicos se aprenden con la práctica. Una asignatura en el currículo escolar no basta. Es una prioridad abordar la respuesta de la población al entorno consumista desde la educación y los valores cívicos. El Centro Sueco de Resiliencia es un buen ejemplo de iniciativas que muestran no sólo la viabilidad social de otros enfoques económicos, sino que prueba que son ineludibles.³⁵

Otro asunto que requiere un cambio radical es la tendencia al incumplimiento de las leyes, particularmente por los propios gobiernos. Por ejemplo, el gobierno de España ha incumplido dos leyes de salud relevantes, la Ley General de Salud Pública y la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición, ambas promulgadas en 2011 y de las que hay buen número de disposiciones que no se cumplen. Cualquier código ético incluye el cumplimiento de las normas. Es una cuestión de voluntad política, y de ahí que debamos reforzar los mecanismos que obliguen al cumplimiento de



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

las leyes. Los observatorios de evaluación de políticas deberían avisar de los incumplimientos, y en la rendición de cuentas debería exigirse la responsabilidad. La propia redacción de las leyes en España tiene en muchas ocasiones un contenido más retórico que prescriptivo, y eso puede ser deliberado.^{36,37} También cabría establecer garantías de cumplimiento estableciendo una jerarquía de responsabilidad diáfana que permita aplicar sanciones administrativas o judiciales con celeridad. Por ejemplo, el hecho de que no se hayan desarrollado los reglamentos de las leyes citadas debería significar, pasado un periodo suficiente, responsabilidades inmediatas a los responsables ministeriales de la inacción que podría ser la destitución de oficio. La exigencia de responsabilidades en casos concretos debería alcanzar a los funcionarios públicos.

La inteligencia colectiva es poco usada en España al formular las políticas. No se trata sólo de que no se articulan adecuadamente los canales de participación, sino que también es frecuente el mal uso o el desprecio por los órganos de asesoramiento. Hay ejemplos notorios de que se usan poco y mal, o de que sencillamente no se usan. España cuenta con mucha más capacidad colectiva que la que se vehiculiza hacia los que toman decisiones. Los decisores parecen rehuir la información de calidad; esto no es nuevo, pues ya decía John Maynard Keynes que no hay nada que un gobierno odie más que estar bien informado, porque eso hace que el proceso de toma de decisiones sea más complejo (reproducido en ref. 38). Es urgente un cambio al respecto y por tanto encontrar procedimientos para estrechar la relación entre las fuentes expertas y la política; el modelo del panel intergubernamental del cambio climático puede ser una buena opción a imitar para informar y evaluar avances en políticas clave de salud. En la misma línea, la función pública debe adoptar mecanismos para que los funcionarios incorporen el nuevo conocimiento de forma natural al normal desempeño de sus actividades y se interrelacionen más con quien lo genera.

Uno de los principios de la política de salud actual es el ya mencionado de «salud y equidad en salud en todas las políticas». Su aplicación

requiere menos trabajo en silos y más transversalidad. La cuestión es sumamente compleja, como se ha puesto de manifiesto al analizar los espacios de encuentro habituales de las políticas transversales, las comisiones interdepartamentales, pero hay experiencias y capacidad para ir adaptándose a la compleja realidad.³⁹

Estos cambios mencionados y otros necesarios requieren acciones en el entorno público. Algunas deberían partir de la propia Administración, aunque seguramente las acciones de la sociedad civil son imprescindibles como detonantes del cambio. El hecho es que la formulación de políticas alternativas requiere agentes de cambio. Las nuevas visiones de la salud y de las necesidades de políticas adecuadas a esa visión requieren agentes catalizadores. Por ejemplo, un agente de cambio reciente ha sido la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, y su característica principal no es que hayan actuado técnicamente, que también lo hacen, sino mediante el empoderamiento de los ciudadanos. Hay buen número de organizaciones que pueden contribuir a encontrar grietas por donde acceder al público con posibilidades reales de cambiar la percepción pública sobre la necesidad de modificar el marco general de los problemas y sus soluciones.

En las dos siguientes secciones se comentan las propuestas sobre prioridades de problemas y sobre prioridades de procedimientos donde se consideran posibles formas para conseguir el cambio.

Los problemas prioritarios (Tabla 2)

Al reflexionar los participantes sobre si hay prioridades obvias en salud que requieren poca discusión por lo manifiesto de los problemas, muchos apuntaron a los condicionantes sociales de la salud. En parte, estas elecciones de prioridades se fundamentaron en la situación social de España que se muestra en diversos documentos y fuentes, tales como los informes sobre exclusión y desarrollo social en España de la Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (Cáritas).⁴⁰ Estas prioridades centradas en los condicionantes sociales coinciden además, y de ahí la oportunidad, con la Agenda 2030 para

Tabla 2. Algunos problemas prioritarios.

-
- Los condicionantes sociales de la salud que están incorporados en los objetivos de desarrollo sostenible.
 - Exclusión severa, pobreza y en particular pobreza infantil, vivienda digna y salubre, falta de empleo, desatención a la dependencia, salud mental en general y la derivada de los problemas sociales y económicos.
 - Educación, en particular la insuficiencia de las políticas dirigidas al fracaso escolar y las políticas de apoyo cuando cierran las escuelas.
 - Contaminación del aire, contaminación química y física en general, y falta de rigor o ausencia de políticas de control.
 - Carencia de políticas sólidas dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud.
 - Debilidad de la cultura organizativa comunitaria y su estabilidad en el tiempo.
 - Ausencia de una estrategia de comunicación, de *marketing* público para incrementar la exigencia pública de calidad democrática, de evaluación y rendición de cuentas; para incrementar la conciencia pública de que los modelos no priorizados son insostenibles, del valor social y económico de las políticas sostenibles, de que la salud no es un fin en sí mismo, de los perjuicios del exceso de medicalización en todas las etapas de la vida, y de la necesidad de equidad y solidaridad como valores cívicos.
 - Captura de la ciencia por intereses no coincidentes con el interés general y ausencia de evaluación independiente de políticas e intervenciones en salud.
-

el desarrollo sostenible.⁴¹ Entendemos que es pertinente incorporar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a las políticas de España y establecer los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas periódicos. En general, al repasar los ODS se puede comprobar que inciden en los condicionantes principales de la salud de las poblaciones humanas. Por ejemplo, el primer objetivo es erradicar la pobreza (en España hay 5.000.000 de personas pobres); el segundo, eliminar la pobreza relativa. También incorporan un trabajo decente o los modelos de consumo responsable. Es significativo –y aplicable a España– que los ODS incorporen la necesidad del buen gobierno y de instituciones sólidas, que se sea capaz de mejorar la calidad democrática y de aplicar equidad y justicia.

Por nombrar algunas de las prioridades mencionadas al hablar de salud, los participantes señalaron la garantía de ingresos por hogar dentro de las acciones contra la exclusión severa, la garantía de vivienda digna y salubre, la erradicación de la pobreza infantil mediante el empleo a las familias y la atención urgente a la dependencia.

La educación fue reiteradamente mencionada. Se consideró el fracaso escolar cuestión clave y

desatendida. Se destacó la falta de actuaciones, particularmente cuando se cierra la escuela. No basta con mencionar la educación como asunto genérico; hay que decir qué significa y cuáles son nuestros fracasos –por ejemplo, el abandono de la educación secundaria obligatoria–.

Se coincidió en la relevancia de la contaminación del aire. Es una prioridad urgente, no sólo porque mueren 17.000 personas al año por la mala calidad del aire, lo que es una tragedia humana de gran magnitud, sino porque las políticas de reducción de la contaminación tienen otros muchos efectos benéficos. Es urgente desarrollar un plan de salud y medio ambiente lo suficientemente ambicioso y coordinado.

Paralelamente a la mención de diversos condicionantes sociales de la salud, se fue hablando de la necesidad de políticas dirigidas a las causas radicales de los problemas de salud. Es decir, disminuir el énfasis en lo individual y ponerlo en lo colectivo, lo que puede ilustrarse como, por ejemplo, menos dieta para los obesos y más acción en los entornos obesogénicos; menos decir a la gente qué productos químicos debe examinar en una etiqueta de tamaño ridículo y más exclusión de químicos arriesgados; menos



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

campañas publicitarias sobre el ejercicio físico y mejores políticas de transporte y de planificación urbana; menos autocontrol de las empresas, nunca realizado por las corporaciones vectores de enfermedad, y mayor regulación.

Se consideró un problema a solucionar la falta de capital social y relacional en excluidos severos y la necesidad de promoción de tejido asociativo que genera cohesión y virtud ética y da acceso a la participación. Se promueve el voluntariado, pero no el tejido asociativo. Si bien las formas de promover el asociacionismo son debatidas, se coincide en que algunos problemas no dependen de soluciones técnicas que resuelvan expertos, sino de crear cultura comunitaria. En el abordaje de los usuarios de drogas en España se ha comprobado cómo la cultura organizativa comunitaria con trabajadores de calle ha podido abordar problemas hasta ese momento insolubles y para los que expertos nacionales e internacionales habían sido consultados.

Fruto del debate sobre las prioridades mencionadas surgió la cuestión de la incapacidad para marcar la agenda pública como problema y como prioridad. Esto supone conocer mejor las percepciones sociales, por ejemplo sobre la medicalización de la vida, sobre su visión de la salud, y modificar las percepciones sociales con el fin de:

- Priorizar cuestiones como la educación en la agenda pública.
- Reconocer el valor social de las políticas sostenibles que ya se hacen y que pueden catalogarse de acciones de salud en todas las políticas. La necesidad de que calen mensajes como el de «no contaminen, no dejes que te contaminen».
- Compartir que el modelo no priorizado es insostenible.
- Aumentar el debate sobre las inacciones políticas en materia de sostenibilidad y salud mediante la evaluación económica de las acciones e inacciones.
- Asumir que hay que poner menos énfasis en las prestaciones sanitarias y más en las causas de enfermar, y cuando se consideran

prestaciones, reconocer que no sólo las hay de base tecnológica, que las prestaciones comunitarias tienen más valor que muchas tecnologías –que a veces son innecesarias y dañinas–. Aumentar el conocimiento y la provisión sobre prestaciones de servicios personales y comunitarios.

- Asumir que los servicios sanitarios hacen un buen número de actuaciones innecesarias, que hay que comenzar por evitar lo dañino y después decrecer en las actuaciones inútiles.
- Poner el énfasis en no desperdiciar el tiempo y el dinero preocupándose por la salud equivocadamente (menos producto lácteo falsamente benéfico y más participar en el gobierno del centro escolar donde van tus hijos o en el municipio donde resides).
- Cambiar los mensajes para ser conscientes de los costes humanos de las acciones sanitarias indebidas.
- Precaver sobre el universalismo discriminado que dificulta la articulación de políticas para la equidad efectiva.

Por último, y en relación con la calidad de las instituciones antes mencionada, se constata que un problema a solucionar es la captura de la ciencia. Hay que asegurar una generación del conocimiento independiente no enlazada a intereses que puedan afectar a los resultados de la investigación, como ha ocurrido en medio ambiente o en casi todos los ámbitos de la salud. Hay necesidad de instituciones independientes de producción científica y de emisión de recomendaciones en salud. Es una prioridad enunciada reiteradamente y que se recogía en detalle en borradores previos de la Ley General de Salud Pública, que fueron finalmente arrinconados.

Recomendaciones sobre intervenciones prioritarias y cómo continuar en el futuro en priorización (Tabla 3)

Por lo hasta aquí escrito puede comprobarse que no es fácil trazar una línea entre los distintos apartados. La conversación de los participan-

tes fluía desde prioridades sobre concepciones a prioridades de problemas o prioridades de intervención política. En este apartado final trataremos de agrupar, asumiendo ciertos solapamientos con los apartados anteriores, algunas recomendaciones sobre las intervenciones prioritarias y sobre la continuación de la presente reflexión compartida sobre priorización.

Se constató que es necesario generar nuevo conocimiento aplicable al desarrollo de las prioridades anteriormente citadas y a las recomendaciones que más adelante se nombran.

De inicio, lo apropiado es aprovechar todo el trabajo ya hecho, desde las encuestas sobre las percepciones de la población en cuanto a sus prioridades como la realizada por el Programa de

las Naciones Unidas para el Desarrollo,⁴² o documentos clave como el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS,⁴³ entre otros. De la misma forma que hay centros que revisan, filtran y sintetizan las evidencias para las intervenciones en asistencia sanitaria, sería oportuno disponer de algún centro o institución que reuniese la información disponible para priorización e intervención en políticas de salud. Hay un desequilibrio entre los recursos de investigación dedicados a intervenciones en salud basadas en patentes (fármacos por ejemplo) y la inversión en innovación social y política que permita guiar las decisiones en políticas para ganar salud.

Por parte de los departamentos de salud, es necesario que se priorice la vigilancia en salud

Tabla 3. Recomendaciones para el futuro.

-
- Disponer de un centro que reúna, analice y comunique sintéticamente la información disponible para el análisis, la priorización y la formulación de políticas de salud. Por ejemplo, se necesita conocimiento sobre las percepciones de la sociedad acerca de los límites de la vida, sobre su concepción de salud y sobre otros terrenos del bienestar.
 - Incluir la vigilancia sistemática sobre condicionantes sociales de la salud –incluyendo los activos en salud– y evaluar el impacto en salud y equidad en salud de las diversas políticas para hacer evidentes los efectos positivos o negativos de las diversas políticas en cualquier área, como industria, movilidad, urbanismo, trabajo, economía, etc.
 - Organizar la participación, el empoderamiento ciudadano, de la siguiente forma: 1) información que se entienda con buena gestión del conocimiento; 2) participación cualificada desde la formulación de políticas, desde la misma toma de decisión, desde el análisis de las alternativas; y 3) justicia para garantizar las anteriores y que impida desmantelarlas.
 - Disponer de una agencia en salud con suficiente independencia política y crédito técnico-científico, o incluso de una agencia de inversión en bienestar y de evaluación de políticas públicas.
 - El Ministerio de Sanidad debe ejercer un liderazgo en la transformación de políticas, y para ello es necesaria una transformación de su estructura, personal y funciones.
 - Emplear a fondo el principio de precaución. Sin precaución habrá problemas graves por la reducción de las exigencias medioambientales en los tratados de libre comercio y de libre circulación de servicios, que pueden dar lugar a serios efectos de salud y medioambientales.
 - Aplicar los principios de buen gobierno que distintos organismos han propuesto.
 - Reformular las prioridades de investigación logrando que esta tenga el retorno social adecuado a la inversión realizada.
 - Mover las percepciones sociales y aprovechar las corrientes favorables del posible cambio de época que permitan modificar las políticas de salud.
 - Combinar el modelo distributivo con el predistributivo. Por ejemplo: salario mínimo por hora que evite trabajadores pobres, vivienda suficiente y educación (comienzo vital) de alta calidad de 0-3 años de edad.
-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

pública sobre los condicionantes sociales de la salud y la evaluación del impacto en salud de las diversas políticas para hacer evidentes los efectos positivos o negativos de las políticas en otras áreas, como industria, movilidad, urbanismo, trabajo, economía, etc., que afectan la salud. Además de una prioridad es una acción que está legislada y debe implantarse por precepto legal. Esta vigilancia debe completarse con la monitorización de la contaminación interna (en los individuos) y externa. No hay proporcionalidad entre los objetivos de los sistemas de información y de vigilancia y la magnitud de los problemas.

Se necesitan conocimientos sobre lo que la sociedad está dispuesta a admitir; por ejemplo, las percepciones de la sociedad sobre los límites de la vida, sobre su concepción de salud y sobre otros terrenos del bienestar. Ya hay datos e información al respecto, pero son muy parciales.

Deben desarrollarse otros recursos y capacidades aún no suficientemente considerados, como los activos en salud –cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar–. La inversión y el desarrollo de este modelo son favorables al cambio de aproximación a la salud propuesto, que vaya desde una visión biomédica a una visión en la cual la salud es una consecuencia más (y a veces causa) del bienestar.⁴⁴

Sobre otros recursos se consideró el desperdicio que supone el desaprovechamiento de muchas personas jubiladas, que podrían participar voluntariamente en organismos de apoyo a la Administración, como por ejemplo los que facilitasen el buen gobierno y la imparcialidad de las recomendaciones sobre salud.

Las conversaciones de la jornada prestaron una atención intensa a la participación. Se apuntó la necesidad de organizar la participación, el empoderamiento ciudadano, de la siguiente forma: 1) información que se entienda con buena gestión del conocimiento; 2) participación cualificada desde la formulación de políticas, desde la misma toma de decisión, desde el análisis de las alternativas; y 3) justicia para garantizar las anteriores y que impida dismantelarlas. La parti-

cipación en políticas debe ser desde la definición de los problemas, pues hay que definirlos con la población o al menos ésta ha de participar en los análisis y en la definición de los problemas; por eso se habla de codecisión, de cocreación. Una idea subyacente, la del conocimiento distribuido, no tener una imagen muy jerárquica, va a favor de los tiempos, permite incorporarse a las actuales corrientes principales, y nos permite compartir la convicción de que si no elegimos no podemos mantener algo que queremos mantener. Se trata tanto de metodología de acción como de acción en sí misma para que se comparta el diagnóstico. En democracia lo principal es compartir percepciones; no sólo evidencias, sino argumentos, ideas. Al compartir ideas, se pueden generar percepciones mayoritarias. Para ello es preciso usar instrumentos nuevos de comunicación, perseverar en informes y estudios como algunos de los citados (FOESSA), concentrando información y conocimiento con campañas bien diseñadas que impacten en la opinión pública. Vuelve, por tanto, a surgir la necesidad de definir los marcos y establecer la agenda.

Como ocurre en otras áreas mencionadas, en participación se reitera la idea de aprovechar las experiencias ya realizadas con cierto éxito, por ejemplo por la Comisión Europea. Igualmente se recomendó aprovechar la participación y la cultura comunitaria que han servido para resolver algunos problemas complicados (jeringuillas en drogadictos, enfermedades de transmisión sexual en poblaciones marginales, prostitutas en recuperación de mujeres, etc.), reforzando mediante financiación los centros comunitarios de acción. Hay también lógicas informales de participación y de acción comunitaria que han servido como amortiguador de respuesta a problemas críticos, pero que si no se formalizan languidecen.

La institucionalización de la participación se debate entre la precaución ante la participación muy institucionalizada que la puede desnaturalizar y la de «resuélvano ustedes mismos, espabídense». Se recuerda el fracaso del fomento institucional de centros de ocio para la juventud, pero también el abandono de acciones comunitarias efectivas, y se constata la valía de la participación institucionalizada en salud laboral.

Una de las consecuencias positivas del empoderamiento de los individuos es que contribuye a contrapesar la acción de los poderes fácticos. Puede favorecer la creación de organizaciones que hagan frente a las acciones de captura de la agenda pública de las grandes corporaciones industriales y económicas. Desde la Administración se debe contribuir a la participación de estas organizaciones aplicando el criterio de equidad. En estos momentos, los representantes de las corporaciones tienen un acceso mucho más fácil a la administración y debe compensarse dando más voz a quien menos la tiene. Las Administraciones deberían aplicar el principio de equidad efectiva en la participación. Eso no significa excluir a algunos grupos porque estén financiados –por ejemplo, asociaciones de pacientes financiadas por una empresa de productos sanitarios–, pues siempre es mejor tenerlos dentro y, si acaso, ver cómo gobernar estas situaciones. En esta línea, las autoridades en general y las sanitarias en particular deberían organizar su agenda de actos con menor atención a su necesidad de visibilidad mediática y más dirigida a los actos y grupos de población más vulnerables, más desaventajados –menos inauguraciones de congresos masivamente financiados y más visitas a barrios e instituciones en donde las desigualdades sociales en salud son patentes–.

La participación debe ser especialmente cuidada ante la formulación o decisiones políticas de gran calado, en particular aquellas que suponen compromisos a muy largo plazo. En estos casos se requiere una participación muy rica y consensos amplios.

Por último, sobre participación, no debe olvidarse nunca la premisa de que hay que hablar con todos los protagonistas. Por ejemplo, se debate sobre educación, pero no con los maestros. Si se acomete el problema de la pobreza infantil, los maestros son un colectivo clave.

Entre las intervenciones prioritarias más mencionadas se encuentra la necesidad de crear ciertas instituciones. Los trabajos de preparación de la ley de prevención del tabaquismo pasivo de 2011⁴⁵ mostraron la necesidad de una institución de soporte a las políticas públicas de salud. En esa ocasión, las alianzas de la sociedad

civil crearon una suerte de agencia con crédito científico y social que fue decisiva en apoyo a la coalición favorable a la ley, frente a la coalición de actores –algunos del propio gobierno– que jugaban en contra.^{12,46} Hubo una superioridad científica y de credibilidad de los actores científicos que apoyaron la ley frente al *lobby* pro tabaco. Hay un amplio acuerdo sobre la necesidad de disponer de una agencia en salud con suficiente independencia política y crédito técnico-científico. De hecho, la Ley General de Salud Pública⁹ incluía la propuesta de crear una Agencia Estatal de Salud Pública independiente. Las trabas internas en el gobierno y la administración frustraron una aspiración ampliamente compartida por muchos sectores de la salud y que SESPAS había recomendado en su contribución a la redacción de la ley mencionada.⁴⁷ Algún participante propuso algo más que una agencia sobre salud, una agencia de inversión en bienestar y de evaluación de políticas públicas.⁴⁸ Hay que precisar que una agencia científico-técnica en salud no requiere muchos recursos; en España hay capacidades y recursos de alta calidad, sólo falta una adecuada coordinación gestora e incentivos apropiados para que los centros científicos y técnicos de todo el Estado contribuyan en red a las tareas previstas junto con las agencias de evaluación de tecnologías ya establecidas.

La institucionalización también se reclamó para el propio Ministerio de Sanidad, dada su actual levedad. Una institución sin rumbo y que de forma meticulosa se ha ido descapitalizando de técnicos. Por ejemplo, se interrumpió la convocatoria de plazas de función pública especializadas en salud. La recomendación recogida en el debate es que el Ministerio asuma el liderazgo en el ámbito de sus competencias; liderazgo en el Estado mediante una rectoría adecuada para la transformación en la política de salud, lo que supone, como bien indican Repullo e Infante,⁴⁹ legislación adecuada, información transparente, normas técnicas oportunas y fondos complementarios de asignación finalista y condicionada que influya en el comportamiento de los distintos actores. Ese liderazgo debe hacerlo, por una parte, hacia dentro del Estado mediante la capacidad de rectoría facilitando siempre la coopera-



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

ción interna sin solapamientos, pero poniendo lo mejor de cada sitio a la disposición del conjunto de la sociedad española; por otra, es imprescindible un mayor liderazgo e influencia en la política europea e internacional donde se deciden cambios estructurales que afectan a la salud global y, por tanto, a nuestra salud.

Si hay liderazgo sólido y una agencia acreditada y que da confianza a la sociedad, es más sencillo cumplir con otra de las recomendaciones, la de aplicar a fondo el principio de precaución. O se abre paso la precaución o tendremos problemas graves. Los tratados de libre comercio y de libre circulación de servicios van reduciendo algunas exigencias medioambientales y de los principios de precaución que pueden dar lugar a serios efectos de salud y medioambientales. Hay que invertir la carga de la prueba, porque cuando se prueba que algo es tóxico –mediante los criterios de las agencias reguladoras, en gran parte capturadas por los intereses de la industria– ya ha causado mucho daño en las personas y el entorno.

En conjunto, los asuntos de buen gobierno, como los más arriba escritos, surgieron durante todo el debate. Hay suficientes propuestas para el ámbito de la salud⁵⁰⁻⁵³ que ya podrían aplicarse, y sin duda es una prioridad. No obstante, cabría completar lo establecido en estas propuestas con acciones dirigidas a evitar la captura de la agenda científica y formativa de los sanitarios. La recomendación es revisar a fondo las prioridades de inversión en investigación de España, dar más autonomía y poder al sector público marcando prioridades de investigación que respondan a las necesidades sociales y no de las empresas. Eso no implica que deba obviarse la necesidad de desarrollo de investigación competitiva; significa que la agenda de investigación no la deben marcar los intereses de las empresas con base tecnológica.

Podría también considerarse como un asunto de buen gobierno hacer de inmediato lo sencillo, como por ejemplo la transparencia en la gestión de las listas de espera (garantizando equidad en el acceso a la información), la inclusión entre las prestaciones sanitarias de las acciones comunitarias reduciendo paralelamente la prestación de tecnologías innecesarias o perjudiciales. Algunas

inacciones políticas, por ejemplo ante graves exposiciones a tóxicos o contaminantes de la población, requieren una legislación que permita la acción judicial inmediata.

La jornada acabó enfatizando de nuevo la necesidad de comunicación adecuada, de *marketing* social. Encontrar formas que sepan trasladar a la sociedad las causas socioambientales, la relevancia actual de las políticas dirigidas a las causas medioambientales que tienen efectos a medio y largo plazo. Diseñar acciones que modifiquen las percepciones públicas para asumir que el modelo no priorizado es insostenible. Usar las tecnologías para influir en el ámbito público. La sociedad civil, por ejemplo SESPAS, debe participar en acciones audiovisuales y métodos novedosos de llegar a la población y a otros sectores. Hay que establecer métodos de *marketing* social que sirvan de contrapoder de las influencias interesadas, y para ello hay que aprender de buenas prácticas y modelos que funcionan, por ejemplo las acciones públicas en seguridad vial. Hay que acuñar lemas, reforzar comunicación, trabajar en alianzas para influir en el contexto, en la definición de los problemas. En comunicación debe tenerse en cuenta la reflexividad comunitaria; es decir, la comunicación, si no se hace desde y hacia grupos que comparten y discuten, no sirve, no basta la información. Se requiere más relación con el mundo de las ideas, de los condicionantes culturales, considerar los valores, la influencia de la publicidad y el consumismo desaforado que es insostenible, la brutal presión publicitaria. Serán necesarias jornadas similares con los medios de comunicación, el mundo de la cultura, usuarios, etc., para contrastar las propuestas. Hay que buscar paneles de personas que se empeñen en hacer propuestas no usuales; se trata de ampliar la base de sugerencias de opciones.

Todas estas sugerencias tratan de conseguir hacer vulnerable la zona de comodidad que mantiene el *statu quo* y abrir ventanas de oportunidad para el cambio, lo que requiere: 1) madurez del problema, y por tanto que la población tenga percepción de que el problema existe; 2) alternativas de salida al problema, que pueden ponerse encima de la mesa; y 3) un emprendedor político que rompa la zona de co-

modidad y ponga la alternativa. Esas ventanas de oportunidad sólo son posibles si las opciones que en esta jornada se asumen dejan de ser percepciones de expertos para extenderse socialmente mediante todas las sugerencias mencionadas. Una ventana real es que no hay dinero, pero los reformadores luchan contra intereses constituidos y siempre pueden ir al corto plazo y no abordar los problemas de fondo, las causas subyacentes.

SESPAS debería continuar sus acciones de abogacía y defensa de la salud mediante estrategias que integren la participación de la población, con el establecimiento de alianzas amplias y la integración de expertos reconocidos públicamente. Debe buscar otros interlocutores del tipo más arriba expuesto e interactuar con más frecuencia con los responsables políticos. Una buena opción es tratar de incorporar en cualquier acción la aplicación de los ODS y establecer la necesidad de políticas coherentes con estos objetivos. Un agente de interés en la red de desarrollo sostenible que tiende a conectar empresarios, universidades, políticos, etc. Todo ello dirigido a modificar la agenda pública con respecto a la salud y el bienestar en general.

En las acciones de defensa de la salud hay que combinar distintos niveles. Algunas acciones deben hacerse ya, son urgentes; se trata de poner el foco y luchar al máximo por ellas, poner toda la presión y todas las alianzas, como se ha hecho con el Real Decreto 16/2012 o con la pobreza infantil, aunque con menos alianzas y presión que las deseables. Otro nivel (de enfoque) lleva a luchar por el modelo de salud propuesto y dotarse de los mecanismos: influencia sostenida, comunitarismo, participación, organismos imparciales e independientes, cumplimiento de las normas, etc. En otro nivel de horizonte estaría el buen vivir, el bienestar que supone otro abordaje que debe ser más transversal.

Para acabar, reiteramos que la lógica actual parte (y partimos) de la convicción de que el modelo no priorizado no es sostenible. Venimos de una tradición incrementalista no sostenible. Quizás otros ejes del modelo socialdemócrata también deben revisarse, pues el tema de salud no es único. Parece que el modelo redistributi-

vo –que falla en un mundo globalizado– debe combinarse con un modelo predistributivo. Por ejemplo, salario mínimo por hora que evite trabajadores pobres, vivienda suficiente y educación (comienzo vital) de alta calidad de 0-3 años de edad. Se trata de situar la salud en esta corriente predistributiva principal (ventana), corriente que comparte el modelo de los condicionantes de la salud, de lo común, del principio de equidad y equidad en salud en todas las políticas, transparencia en los costes, etc. Asumiendo también que debe atenderse a que cambia todo y hay que atender a la transformación de los operadores en salud, donde los intermediarios que no aportan valor van a resentirse, y de ahí la relevancia de dar a conocer el alto valor de algunos intermediarios comunitarios en salud y bienestar, por sus beneficios sociales y económicos.

En fin, esperemos que la jornada haya supuesto un paso más en la tarea de aprovechar el cambio de época para que la sociedad vaya aproximándose de forma distinta a la salud y se puedan formular en el futuro políticas sensatas de bienestar y salud.

Bibliografía

1. Camps V, Cortina A. Salvar la sanidad pública. El País, 23 de enero de 2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/22/opinion/1421948872_811856.html
2. Camps V. Lo público y lo privado. El País, 15 de mayo de 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/05/11/catalunya/1431369056_923053.html
3. Pérez Oliva M. Curiosa defensa de lo público. El País. Cosas que importan, 21 de julio de 2014. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/cosas-que-importan/2014/07/curiosa-defensa-de-lo-p%C3%BAblico.html>
4. Posicionamiento SESPAS sobre pobreza infantil y salud. SESPAS, 2015. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Posicionamiento%20SESPAS%20Pobreza%20Infantil%20y%20SaludX.pdf>
5. Subirats J, Knoepfel, Larrue C, Varone F. Análisis y gestión de políticas públicas. Barcelona: Ariel, 2008. p. 127-48.
6. Estatutos de SESPAS. SESPAS, 2008. Disponible en: <http://www.sespas.es/EstatutosSespas.pdf>
7. Posicionamiento SESPAS en el año electoral 2015: protege tu salud con tu voto. SESPAS 2015. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS%20Elecciones%202015.pdf>



DEFINICIÓN DE PRIORIDADES EN POLÍTICAS DE SALUD

8. Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. *El País*, 10 de junio de 2010. Disponible en: http://elpais.com/diario/2010/06/10/opinion/1276120812_850215.html
9. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Madrid: Boletín Oficial del Estado, miércoles 5 de octubre de 2011:104593-626. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623
10. Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Ariel, 2014. p. 35-67.
11. Porta M, Arbos X. La salud pública exige más cooperación. *El País*, 3 de mayo de 2011. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/05/03/opinion/1304373613_850215.html
12. Transparency International España. Una evaluación del lobby en España. Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España, 2014. p. 40-44. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf
13. López Casanovas G. ¿Cambia la fiscalidad los estilos de vida? Impuestos para luchar contra la obesidad. *Rev Esp Salud Publica*. 2013;87:541-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000600001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. IARC. ARC Monographs. Volume 112: evaluation of five organophosphate insecticides and herbicides. Lyon: IARC; 2015 (marzo). Disponible en: <https://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/pdf/MonographVolume112.pdf>
15. Hernández-Aguado I. Calidad de gobierno y políticas de salud. *Encuentros Multidisciplinares* 2012;41. Disponible en: http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA41/Ildelfonso_Hern%C3%A1ndez_Aguado.pdf
16. Dente B, Subirats J. Decisiones públicas. Análisis y estudio de los procesos de decisión en políticas públicas. Barcelona: Ariel, 2014. p. 329-52.
17. Subirats J. Arriba y abajo. Dentro y fuera. *El País*, 31 de mayo de 2015. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/05/30/catalunya/1433001450_141644.html
18. Linell A, Richardson MX, Wamala S. The Swedish National Public Health Policy Report 2010. *Scand J Public Health*. 2013;41(10 Suppl):3-56. Disponible en: http://sjp.sagepub.com/content/41/10_suppl/3.long
19. Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Gosalbes Soler V, Martínez-Pecino F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. *Informe SESPAS 2014*. *Gac Sanit*. 2014;28:116-23.
20. Narbona C. Ley de montes, un recorte de derechos constitucionales. *El País*, 28 de enero de 2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/28/pla_neta_futuro/1422467661_063022.html
21. Porta M. Química electoral. *El País*, 8 de mayo de 2015. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/04/20/opinion/1429556079_704125.html
22. Hernández-Aguado I, Benavides FG, Porta M. Políticas de salud que ahorran y crean riqueza. *El País*, 10 de noviembre de 2012. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2012/08/24/opinion/1345818026_185628.html
23. Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
24. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Med*. 2006;3(4):e191.
25. Entman RM, Matthes J, Pellicano L. Nature, sources, and effects of news framing. En: Wahl-Jorgensen K, Hanitzsch T, editores. *The handbook of journalism studies*. New York: Routledge, 2009. p. 175-90.
26. Porta M, Hernández Aguado I. ¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer? Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención. *Eidon*. 2007;6-11.
27. Gol J. Els grans temes d'un pensament i d'una vida. Barcelona: La Llar del Llibre; 1986. p. 60-2.
28. Barcelona en Comú. Instituto Municipal Autónomo de evaluación de políticas. Disponible en: <https://barcelonaencomu.cat/es/programa/navega/detall/impulsar-un-observatorio-municipal-autonomo-para-evaluar-las-politicas>
29. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/
30. Transparency International España. Una evaluación del lobby en España. Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España; 2014. p. 38-40. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf
31. Barry CL, Jarlenski M, Grob R, Schlesinger M, Golust SE. News media framing of childhood obesity in the United States from 2000 to 2009. *Pediatrics*. 2011;128:132-45.
32. Donaldson EA, Cohen JE, Truant PL, Rutkow L, Kanarek NF, Barry CL. News media framing of New York city's sugar-sweetened beverage portion-size cap. *Am J Public Health*. 2015;105:2202-9.
33. Nixon L, Mejia P, Cheyne A, Wilking C, Dorfman L, Daynard R. "We're part of the solution": evolution of the food and beverage industry's framing of obesity concerns between 2000 and 2012. *Am J Public Health*. 2015;105:2228-36.
34. Patchett AD, Yeatman HR, Johnson KM. Obesity framing for health policy development in Australia, France and Switzerland. *Health Promot Int*. 2016;31:83-92.
35. Stockholm Centre for Resilience. <http://www.stockholmresilience.org/>
36. Hernández Aguado I. Independencia y transparencia en salud pública. En: *Salud pública: derechos y deberes de los ciudadanos*. Madrid: Fundación Salud; 2000, 2011.
37. Hernández Aguado I. Las enfermedades infecciosas y la nueva Ley General de Salud Pública. En: Nájera Morondo R, coordinador. *Erradicación y control de*

- las enfermedades producidas por virus. Madrid: Fundación Ramón Areces; 2012. p. 527-52.
38. Mark Witte Economics. <https://sites.google.com/site/markwitteeconomics/home/economics-309-public-finance/econ-309-quotes>
 39. Brugué Q, Canal R, Payà P. ¿Inteligencia administrativa para abordar problemas “malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales en el Gobierno de Cataluña. Disponible en: www.aecpa.es/uploads/files/modules/congress/10/papers/87.doc
 40. Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. VII informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Disponible en: <http://www.foessa.es/>
 41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sd-governview/post-2015-development-agenda.html>
 42. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La encuesta global de las Naciones Unidas para un mundo mejor. Disponible en: http://www.pa.undp.org/content/panama/es/home/ourwork/encuesta_global_mi_mundo.html
 43. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final: Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Genève: OMS, 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
 44. Morgan A, Ziglio, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*. 2007;2:17-22.
 45. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE, 31/12/2010: 109188-109194. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/31/pdfs/BOE-A-2010-20138.pdf>
 46. Hernández Aguado I. The tobacco ban in Spain: how it happened, a vision from inside the government. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:542-3.
 47. Urbanos R; 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. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piItem=S0213911109003355&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoterm=S300&idiomaltem=es>
 48. López-Valcárcel BG, Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:497-9.
 49. Repullo Labrador JR, Infante Campos A. La cohesión del SNS y su sostenibilidad: en el aniversario de una ley que buscó de forma tardía e insuficiente gobernar un sistema descentralizado. *Derecho y Salud*. 2013;23(extra 1):83-95. Disponible en: <http://www.ajs.es/descarga/attach/546>
 50. Transparency International España. Una evaluación del lobby en España. Análisis y propuestas. Madrid: Transparency International España; 2014. p. 96-129. Disponible en: http://webantigua.transparencia.org.es/estudio_lobby/spain_lobbying_esp_final.pdf
 51. Meneu R. Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora. En: Ortún V, director. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare Communications; 2009. p. 24.
 52. Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Capítulo IV: Buen gobierno de la sanidad. Barcelona: AES; 2014. Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/SNS-Capitulo_IV.pdf
 53. Consejo Asesor sobre el Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca (2012). Recomendaciones. Vitoria: Gobierno Vasco. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/osk_codigo_buen_gobierno/es_osk/adjuntos/buenGobierno.pdf