

FÉLIX RUBIAL BERNÁRDEZ

REPENSAR LA SANIDAD

Decisión, límite y
responsabilidad pública

Prólogo de Rafael Bengoa



FÉLIX RUBIAL BERNÁRDEZ

REPENSAR LA SANIDAD

**Decisión, límite y responsabilidad
pública**



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Félix Rubial Bernárdez, 2026 (edición ebook)

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-590-6 (edición papel)

e-ISBN: 978-84-9052-591-3 (edición digital)

Depósito Legal: M-9715-2026

Diseño de cubierta y Fotocomposición: P55 Servicios Culturales

ÍNDICE

ÍNDICE	VII
Prólogo	IX
Introducción	XIII
1. DE LA SANIDAD A LA SALUD COMO BIEN PÚBLICO	1
1.1. Cuarenta años de la Ley General de Sanidad: ¿y ahora qué?	1
1.2. Cuando la sanidad ya no basta.....	4
1.3. Lo que financiamos es lo que hacemos.....	8
1.4. La salud como bien común en un mundo fragmentado	11
1.5. Salud en todas partes. Gobernanza intersectorial y determinantes sociales	16
1.6. La enfermedad organizada: la salud pública frente al poder corporativo	19
1.7. Cuidarse no es un acto individual.....	22
1.8. Prescripción social. Una vía comunitaria para cuidar la salud	26
1.9. Preparar lo improbable, proteger lo esencial	29
1.10. ¿De quién es la sanidad? Ciudadanía, legitimidad y contrato social	33
2. INNOVACIÓN, DIGITALIZACIÓN Y VALOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	37
2.1. Innovar desde el cuidado	37
2.2. Cuando lo digital se vuelve infraestructura	40
2.3. Hacia una atención distribuida, digital y personalizada.....	43
2.4. Entre la evidencia y el juicio. Gobernar la incertidumbre científica	46
2.5. La paradoja tecnológica: ¿más tecnología, menor valor?.....	49
2.6. ¿Está España preparada para las terapias digitales?	53
2.7. La gestión clínica orientada al valor	56
2.8. El futuro del empleo sanitario	59
2.9. ¿Nos estamos haciendo trampas al hablar de valor?	62
2.10. El límite de la innovación	66
3. ÉTICA Y HUMANISMO EN EL CUIDADO SANITARIO	69
3.1. El tiempo como recurso clínico y organizativo	69
3.2. El paciente sabio y el arte de escuchar	72
3.3. Consentimiento informado o el desafío de humanizar un derecho	75

3.4. ¿Por qué hablamos de empatía cuando en realidad es otra cosa?.....	78
3.5. Cuando cuidar es dejar de hacer	81
3.6. Decidir en el umbral	85
3.7. Brújula ética en tiempos inciertos	88
3.8. Cuidar(se) en el sistema	91
3.9. ¿Y si Illich tenía razón?.....	93
3.10. Pedro Laín Entralgo y la medicina actual	95
4. LIDERAR PARA CUIDAR	99
4.1. Decidir con límites.....	99
4.2. Cuidar requiere tiempo.....	102
4.3. El liderazgo como responsabilidad institucional	104
4.4. El liderazgo clínico como autoridad profesional y ética.....	106
4.5. Gobernar con criterios, no con consignas	109
4.6. Organizaciones que aprenden y generan confianza.....	111
4.7. Corregir para fortalecer el sistema.....	113
4.8. Confianza, autonomía y corresponsabilidad	115
4.9. La palabra institucional.....	117
4.10. Liderar para hacer visible el futuro.....	119
5. DECISIÓN, PODER Y RESPONSABILIDAD PÚBLICA.....	123
5.1. La sanidad como espacio de poder y la ilusión de neutralidad.....	123
5.2. Priorizar como práctica cotidiana.....	126
5.3. Ciudadanía y deliberación	129
5.4. El conflicto como parte legítima del sistema	131
5.5. Industria, mercado y limitaciones de la autonomía pública	134
5.6. La toma de decisiones compartida	137
5.7. La incertidumbre como entorno	140
5.8. Cuando la respuesta es la espera	142
5.9. Promesa, expectativa y límite	145
5.10. Lo que permanece abierto.....	148
EPÍLOGO	151
Índice analítico	155

PRÓLOGO

Hay sabiduría que no nos enseñan en las facultades de medicina, enfermería y de gestión. Este texto compensa esa falta de conocimiento, recogido de forma organizada y pedagógica.

Y añade otro factor clave para el aprendizaje; la reflexión sobre esos contenidos por el autor, un experto médico y gestor con años de experiencia en el sector de la sanidad.

Por ello, es un placer introducir un texto necesario en este momento de *impasse* en al Sanidad en España. Un documento escrito con visión de sistema, que parte del reconocimiento de que la salud depende de múltiples factores más allá de los gestionados por la sanidad entendida como atención clínica asistencial.

Que esté asumido no implica que haya ocurrido en la realidad de la sanidad española, lo cual hace aún más importante esta obra en estos momentos.

Por ello, este libro dirige su atención y la del lector a una visión más amplia de la Sanidad incluyendo los determinantes de la salud, la prevención y la salud poblacional. Ese cambio de paradigma, de una lógica de atención sanitaria de “río abajo” *versus* una de salud de “río arriba”, es complejo, pero el primer paso es reconocer la necesidad de abordarlo de forma organizada. Este texto anima a implicar a todos los actores del sistema de salud, y puede servir de marco para avanzar en ese debate.

A pesar de los enormes progresos en la Sanidad en nuestro país, no nos hemos librado tampoco del dilema sobre la relación entre crear salud y atender a la enfermedad.

Esto es un reto pendiente y el momento es ahora. Este texto da pistas de cómo avanzar hacia unas políticas centradas en salud en esta próxima década además de seguir fortaleciendo el modelo asistencial, todo ello con la complicidad de los pacientes, los profesionales de la salud y directivos.

El lector podrá analizar cómo se describen algunas verdades universales sobre los sistemas de salud y su impacto en nuestra realidad. Verdades como que el acceso universal a la sanidad no necesariamente conduce a mejor salud de la población o que la sanidad concebida como hoy se

concibe es naturalmente inflacionista, o que en el ámbito político el corto plazo siempre desplaza a la necesaria estrategia de medio plazo.

Se presentan los retos para la España de hoy, y que cómo dice el autor, no es la España que acogió la Ley General de Sanidad de 1986 y que permitió dar un salto cualitativo al Sistema Nacional de Salud. Estos próximos meses de 2026 se celebrarán los 40 años de esa Ley y parece que es el momento oportuno para mantener sus valores, pero transformar la sanidad con el conocimiento de este siglo XXI.

Varios gobiernos europeos rechazan mantener el *statu quo* y ya han iniciado el cambio con políticas *explícitas* a favor de un modelo de “río arriba”, de prevención y una atención más comunitaria.

El contexto en España también es complejo y diferente al de la Ley General de Sanidad de 1986.

El conocimiento nuevo aporta nueva evidencia, lo cual justifica que es necesario iniciar el camino hacia una visión más amplia para la sanidad; una que además acoja de forma organizada la revolución en las ciencias de la salud y en la tecnología, que se está dando en estos momentos.

Sin embargo, se sobreentiende de este libro que la creciente evidencia no parece ser suficiente para pasar a la acción y es necesario comprometer capital político para asegurar llegar a buen puerto. Sería ingenuo pensar que no existen intereses particulares y equilibrios de poder que son barreras al cambio.

Las tensiones que sufre el sector público hoy se deben a muchas razones externas (cambio demográfico, cronicidad, demanda exponencial, tecnología), pero hay una razón interna relacionada con la gestión del sector público y que los gobiernos y sindicatos deben acometer.

Es la falta de flexibilidad de la gestión en el sector público, la gestión rígida del día a día en los hospitales y centros de salud. El SNS garantiza la equidad, pero está congelado en un marco burocrático sujeto al derecho administrativo y desincentivador que impide organizar la medicina de este siglo, impide incorporar los enormes avances de las ciencias de la vida y la tecnología y atraer y retener talento en el sector público.

Esta falta de flexibilidad gestora impacta negativamente el modelo asistencial actual centrado en la enfermedad, pero también afectaría, de seguir igual, a cualquier modelo futuro más centrado en la salud.

El Dr. Félix Rubial acierta con el contenido y con los tiempos para este libro. Además, provee *un mapa* sobre la historia reciente de la sani-

dad y su futuro contribuyendo así al debate pendiente en España. En ese sentido es un libro provocativo.

El conocimiento y las reflexiones consideradas de este texto son lecturas imprescindibles para todos los concernidos con el rumbo de la sanidad en las próximas décadas y deberían ser debatidos en todos los ámbitos formativos del sector donde se sigue creyendo, erróneamente, que los servicios de salud son el principal determinante de salud.

RAFAEL BENGOA.

Exdirector Sistemas de Salud OMS y Ex Consejero de Sanidad
Gobierno Vasco.

INTRODUCCIÓN

Este libro nace del deseo de pensar la sanidad pública desde otro lugar. De la necesidad personal y profesional de detenerse, observar y preguntarse qué estamos haciendo con aquello que articula buena parte de nuestra vida colectiva, el cuidado de las personas y el cuidado de lo común. Surge de años de trabajo en la gestión sanitaria, de decisiones tomadas con información incompleta, de tensiones acumuladas, de intercambios formales e informales, y de la convicción de que muchas de las preguntas que se plantean en el sistema no se responden con más normas, más tecnología o más consignas.

No está escrito desde la distancia ni desde la pura teoría. Se apoya en la práctica cotidiana y en la responsabilidad de optar en contextos complejos, pero también en la certeza de que pensar es una forma de cuidar. Pensar cómo se gobierna, cómo se prioriza, cómo se comunica y cómo se adoptan decisiones cuando no existen soluciones ideales.

No es un texto técnico en términos estrictos, aunque dialoga con la técnica, ni un tratado doctrinal. Es un ensayo que parte de la experiencia y se apoya en la reflexión ética para abordar una cuestión central: cómo gobernar organizaciones sanitarias públicas de manera justa, sensata y sostenible en un tiempo marcado por la incertidumbre, la presión asistencial y la transformación acelerada.

A lo largo de estas páginas se desarrolla una idea que articula todo el planteamiento: el cuidado como una categoría clínica e institucional a la vez. Las decisiones organizativas, los marcos de gobernanza, los estilos de liderazgo y el uso del lenguaje condicionan la asistencia tanto como los protocolos o los recursos disponibles. La sanidad se define, así, en los dispositivos asistenciales y en la forma en que se diseñan las circunstancias que hacen posible atender bien.

No se pretende ofrecer respuestas cerradas ni recetas aplicables automáticamente. Se parte de una premisa menos complaciente y más modesta. Muchas de las decisiones relevantes en sanidad no admiten soluciones perfectas y aun así exigen criterio, compromiso y capacidad para asumir

sus consecuencias. En ese terreno, la ética no funciona como un adorno ni como un complemento, sino como un contexto necesario para orientar la acción cuando la evidencia es incompleta, los recursos son limitados y las expectativas son altas.

Estas reflexiones se dirigen a quienes participan, de una u otra forma, en la construcción cotidiana del sistema sanitario, entre ellos profesionales, gestores, responsables públicos, docentes, estudiantes, sociedad civil organizada y ciudadanía implicada. Abarcan tanto a quienes toman decisiones formales como a quienes las ejecutan, las explican y las experimentan en primera línea. Todas estas personas son reconocidas como parte activa de un contrato colectivo que requiere ser pensado y protegido.

Aquí no hay dogmas. Hay experiencia, evidencia seleccionada por pertinencia, reflexión y toma de posición. No todo vale, pero casi todo merece ser discutido antes de ser decidido. Porque uno de los riesgos más frecuentes en la sanidad contemporánea no es el desacuerdo, sino la sustitución del razonamiento por la consigna y de la deliberación por la urgencia.

El recorrido se articula en cinco bloques que exploran distintos planos de esta reflexión. El tránsito de la sanidad a la salud como bien público, el papel de la innovación, la digitalización y el valor en la práctica clínica, los dilemas éticos consustanciales al cuidado, el liderazgo entendido como deber institucional y las condiciones en las que se toman decisiones públicas cuando elegir exige priorizar, limitar y asumir costes. Cada parte puede leerse autónomamente, pero todas se articulan en torno a una misma forma de organizar la asistencia cuando las decisiones implican límites.

No es un texto para tranquilizar ni para confirmar certezas previas. Es una invitación a pensar juntos, con rigor y sin atajos, sobre cómo queremos gobernar la sanidad pública y qué tipo de instituciones estamos construyendo con nuestras decisiones diarias. Si estas páginas sirven para ordenar preguntas, afinar parámetros o asumir con mayor conciencia la responsabilidad de decidir, habrán cumplido su propósito.

Porque blindar la sanidad pública no consiste solo en hacerla funcionar, sino en hacerla habitable, justa y sostenible para quienes dependen de ella hoy y para quienes la heredarán mañana.

DE LA SANIDAD A LA SALUD COMO BIEN PÚBLICO

1.1. CUARENTA AÑOS DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD: ¿Y AHORA QUÉ?

Cuarenta años constituyen un ciclo político pleno. Permiten observar cómo se transforman las sociedades, cómo se reorganizan las instituciones y cómo cambian las expectativas que la ciudadanía deposita en los servicios públicos. En el ámbito sanitario, ese periodo equivale a varias generaciones profesionales, a distintos modelos asistenciales, a crisis de alcance global que alteran prioridades y a cambios profundos en las formas de enfermar y de cuidar. También permiten constatar que la sanidad pública española ha sido uno de los proyectos colectivos más cohesionadores de la democracia, un espacio compartido de seguridad, previsibilidad y reconocimiento social.

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 ocupa un lugar central en esa trayectoria. Su aprobación articuló jurídicamente el Sistema Nacional de Salud (SNS) y dio forma normativa al mandato constitucional de universalidad, equidad y cohesión. Aquella ley expresó una visión de país orientada a garantizar derechos, ordenar recursos y corregir desigualdades históricas. Su diseño permitió consolidar una red asistencial con identidad propia y con una legitimidad social que se fue reforzando con el paso del tiempo. Más allá de su dimensión técnica y jurídica, la LGS representó un acuerdo político y social amplio sobre el valor de la sanidad como bien común y como pilar del contrato democrático.

Este acuerdo respondió a un mundo concreto. La sociedad de mediados de los años ochenta presentaba una estructura demográfica más joven, itinerarios vitales relativamente previsibles y una carga de enfermedad dominada por procesos agudos. La organización sanitaria se arti-

culaba en torno a episodios clínicos delimitados y a respuestas profesionales orientadas a la resolución de problemas claramente identificables. La asistencia sanitaria ocupaba un lugar definido dentro del entramado social, y su relación con otros ámbitos de la acción pública estaba claramente acotada. En ese escenario, la LGS actuó como una herramienta eficaz de ordenación institucional y expansión de derechos, y contribuyó decisivamente a transformar la realidad sanitaria del país.

Cuatro décadas después, ese mundo ya no existe. Las circunstancias en las que se produce y se protege la salud han cambiado de modo radical y sostenido. El aumento continuado de la longevidad, la convivencia prolongada con varios problemas de salud, la presencia estructural de la cronicidad y el peso creciente de la salud mental han alterado la naturaleza misma de la atención sanitaria. A ello se suma una sociedad más informada, más diversa y con requerimientos más exigentes respecto a la continuidad, la personalización y la capacidad de respuesta del sistema. La práctica sanitaria se desarrolla hoy en un entorno atravesado por la digitalización de procesos, la incorporación de tecnologías complejas, el uso intensivo de datos y la interacción constante con otros sectores de actividad.

Este cambio de escenario ha ampliado paulatinamente el papel que se atribuye a la sanidad en la vida social. Los servicios sanitarios reciben demandas que combinan procesos clínicos definidos con necesidades vinculadas a la orientación, el acompañamiento y la gestión de trayectorias vitales prolongadas. La consulta, el ingreso o el seguimiento se inscriben con frecuencia en procesos abiertos, en los que la sanidad actúa como punto estable de referencia ante situaciones de fragilidad e incertidumbre que desbordan el episodio clínico tradicional. La confianza social depositada en la sanidad pública ha reforzado esta expansión y ha elevado continuamente las expectativas sobre su capacidad de intervención.

El funcionamiento actual del SNS se desarrolla en este marco. La organización sanitaria se ha consolidado en un entorno autonómico definido y en un entramado normativo que se ha ido ampliando mediante leyes, estrategias y organismos especializados desde la aprobación de la LGS. Este proceso ha permitido fortalecer la actividad asistencial y articular respuestas ante exigencias crecientes de coordinación y continuidad, incorporando de forma gradual nuevas funciones al quehacer ordinario de los servicios. Las crisis sanitarias de gran alcance han evidenciado el alcance de esta posición central y han reforzado el papel de la sanidad pública como eje de referencia institucional y espacio de confianza colectiva.

Una ley concebida para un país que ya no existe

En este recorrido, la LGS ha continuado funcionando como referencia a través de desarrollos reglamentarios, interpretaciones y ajustes parciales. Este modo de evolución ha permitido acompañar los cambios del entorno y facilitar el funcionamiento cotidiano del sistema. Pero en paralelo, ha ido acumulando tensiones relacionadas con la financiación, la planificación profesional, la integración de la atención social y sanitaria, la equidad territorial y la capacidad de anticipación ante riesgos emergentes, entre otros. Todos estos desafíos se gestionan hoy, por tanto, desde un armazón legal concebido para una estructura social transformada, pero que sigue condicionando decisiones esenciales en el presente.

Es en este punto donde la reflexión deja de ser descriptiva y pasa a ser política.

¿Puede un sistema sanitario del siglo XXI sostenerse indefinidamente sobre un marco legal diseñado para el siglo XX? ¿Es razonable confiar en que una ley nacida en un contexto político excepcional siga orientando, sin ajustes profundos, decisiones que afectan a una realidad social, demográfica y tecnológica radicalmente distinta? ¿Hasta qué punto la capacidad de adaptación demostrada por el sistema ha funcionado como un mecanismo de aplazamiento de un debate que resulta cada vez más difícil de eludir?

No significa cuestionar la Ley. Se trata de reconocer su éxito y, al mismo tiempo, su agotamiento estructural. Ninguna norma, por excelente que haya sido, está diseñada para prolongarse sin revisión a lo largo de varias generaciones. Tampoco esta.

Cuarenta años después, la necesidad de un nuevo pacto

La ausencia de una redefinición en profundidad del marco sanitario responde a factores bien conocidos. El elevado coste político de reabrir un gran pacto de alcance estatal, la complejidad del equilibrio competencial entre el Estado y las comunidades autónomas y la percepción de que la sanidad pública actual continúa ofreciendo respuestas razonablemente adecuadas han contribuido a relegar este debate y a posponerlo en el tiempo. Sin embargo, aplazar indefinidamente una discusión ineludible no la disuelve. La traslada al futuro y la convierte en un problema para las generaciones que vendrán.

El cuadragésimo aniversario de la LGS ofrece algo más que una ocasión conmemorativa. Abre una oportunidad para un nuevo acuerdo de país, capaz de recuperar el espíritu constructivo de 1986 con la mirada puesta en 2050 y no en 1980. Un pacto que no desmonte el SNS, sino que lo actualice, lo refuerce y lo prepare para un horizonte en el que la salud ocupará un lugar central en las dinámicas sociales, económicas y políticas.

España necesita, más que una ley nueva, una visión renovada. Una arquitectura normativa capaz de incorporar la digitalización, situar la prevención como eje prioritario, apoyar la planificación basada en datos, fortalecer una salud comunitaria adaptada a contextos diversos, garantizar la equidad territorial, abordar la salud mental sin estigmas, integrar efectivamente la atención social y sanitaria y dotar a la salud pública de estructuras profesionales con capacidad de respuesta.

La LGS fue la ley que España necesitó en 1986. Cuarenta años después, resulta legítimo plantear la necesidad de la ley que España requerirá para 2036 y más allá. Rendir homenaje al pasado exige construir el futuro con la misma audacia y determinación con la que aquel sistema fue concebido.

Este capítulo establece el punto de partida de esa reflexión. A partir de aquí, este ensayo se adentra en las decisiones, los límites y las responsabilidades que emergen cuando la sanidad pública ocupa un lugar central en una sociedad que ya no es la que dio origen a su fundamento legal.

1.2. CUANDO LA SANIDAD YA NO BASTA

La sanidad pública española es el resultado de una construcción institucional sólida, orientada históricamente a garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria y a responder con equidad a la enfermedad. Ese proyecto cumplió —y sigue cumpliendo— una función primordial. Precisamente por su éxito, hoy resulta necesario formular una pregunta insoslayable: ¿qué ocurre cuando los problemas que deterioran la salud colectiva ya no tienen su origen principal en fallos del modelo asistencial, sino en los determinantes sociales que la rodean?

Durante décadas, el debate sanitario se ha concentrado en cuestiones organizativas, presupuestarias y de capacidad de respuesta. Cómo se financia el sistema, cómo se distribuyen los recursos o cómo se gestiona la presión asistencial han sido preguntas legítimas y necesarias. No obstante ello, este foco ha contribuido a consolidar una idea implícita según la cual la salud es, fundamentalmente, un producto de la sanidad. Y ese supuesto empieza a mostrar sus fisuras cuando observamos la naturaleza de los

problemas que hoy —y desde hace tiempo— saturan consultas, urgencias y dispositivos asistenciales.

Una parte creciente del malestar que llega al sistema sanitario no se origina en déficits clínicos, sino en andaduras vitales marcadas por la precariedad, la soledad, la inseguridad habitacional, el deterioro de los vínculos o la incertidumbre vital. La sanidad acaba por convertirse en el último espacio institucional disponible para contener procesos que se han gestado mucho antes y mucho más allá de su ámbito de actuación. El problema no es que el modelo falle; es que se le exige compensar determinantes sociales que no puede corregir por sí solo.

Cuanto mejor funciona la sanidad, más evidente se vuelve esta paradoja. Un sistema eficaz en el tratamiento de la enfermedad acaba asumiendo el coste humano de decisiones tomadas en otros ámbitos. Absorbe el impacto de políticas laborales, educativas, urbanísticas o ambientales que generan malestar, pero no incorpora la capacidad de transformarlas. La sanidad responde, pero el entorno sigue produciendo enfermedad. Y esa tensión, mantenida en el tiempo acaba desgastando a los profesionales, tensionando la legitimidad del modelo y limitando su sostenibilidad.

Un sistema eficaz en un entorno que enferma

La presión asistencial actual no puede entenderse sin atender al contexto en el que se produce. Las condiciones de vida influyen decisivamente en la aparición, evolución y cronificación de muchos problemas de salud. Entornos urbanos poco saludables, empleos inestables, dificultades de acceso a la vivienda, aislamiento social o deterioro ambiental generan una demanda constante que el sistema sanitario solo puede abordar cuando el daño ya se ha manifestado.

Con este telón de fondo, mejorar la eficiencia asistencial o ampliar la capacidad de respuesta resulta necesario, pero insuficiente. Cuanto más eficaz es la organización sanitaria en atender la enfermedad, más se consolida su papel como amortiguador final de problemas estructurales que permanecen intactos. Este mecanismo produce una ilusión de funcionamiento. La sanidad cumple, pero la salud colectiva no mejora en la misma proporción. El éxito asistencial no se traduce automáticamente en bienestar social.

Este desajuste explica también buena parte del malestar profesional que acucia hoy al sistema. Cuando los equipos sanitarios perciben que atienden de forma reiterada problemas similares sin capacidad para ac-

tuar sobre sus causas, el trabajo pierde significado y se vuelve defensivo. No se trata solo de sobrecarga, sino de un deterioro más profundo. La sensación de estar sosteniendo un modelo que responde tarde y siempre desde el mismo lugar. La sanidad funciona, pero queda atrapada en una lógica reactiva que limita su capacidad transformadora.

Del sistema sanitario a la salud como acción pública compartida

Reconocer estos umbrales no implica cuestionar el valor de la sanidad pública. Implica, precisamente, protegerla. Porque cargar sobre ella la obligación exclusiva de producir salud es una forma implícita de deterioro. La experiencia acumulada muestra que muchos de los factores que determinan el bienestar de la población se sitúan en ámbitos como el empleo, la educación, la vivienda, el entorno social o el diseño de las ciudades. Ignorar esta evidencia conduce a un uso intensivo de la sanidad pública para problemas que no son, en origen, sanitarios.

Pensar la salud desde una perspectiva más amplia obliga a redistribuir responsabilidades. La salud colectiva no puede depender únicamente del sistema sanitario. Las políticas públicas que inciden en los factores socioeconómicos tienen un impacto directo sobre los patrones de salud de la población. Cuando estas políticas se diseñan sin considerar ese impacto, la sanidad acaba absorbiendo las consecuencias en forma de demanda asistencial creciente.

Esta reorientación del foco no resta centralidad a la sanidad, sino que la sitúa en un entramado más coherente. El sistema sanitario sigue siendo imprescindible cuando la enfermedad aparece, cuando el sufrimiento requiere atención especializada y cuando la vulnerabilidad necesita acompañamiento. Pero deja de ser el único eje alrededor del cual se articula la respuesta institucional al malestar social.

En este entorno, la salud pública recupera su papel estratégico como un espacio capaz de orientar las decisiones públicas hacia la prevención, la equidad y el bienestar colectivo. Su función consiste en introducir principios de salud en la acción pública en su conjunto, más allá de la vigilancia y la gestión de crisis.

Liberar a la sanidad para cuidar mejor

Algunas experiencias recientes muestran cómo este cambio de perspectiva empieza a materializarse en la práctica cotidiana. La prescripción

social es un ejemplo de ello. Su valor reside en reconocer que muchos problemas que llegan a la consulta no requieren una respuesta clínica, sino una reconexión con recursos comunitarios, vínculos sociales y espacios de pertenencia.

Estas prácticas no sustituyen a la asistencia sanitaria, pero la complementan con inteligencia. Facilitan abordar el malestar desde una lógica menos medicalizada y más ajustada al contexto vital de las personas. También ponen de manifiesto que el sistema sanitario puede desempeñar un papel de facilitador sin asumir en solitario toda la responsabilidad sobre la salud.

Liberar a la sanidad de esa función sustitutiva es un requisito para su sostenibilidad y para preservar la integridad del cuidado profesional. No se trata de exigirle menos, sino de dejar de pedirle lo imposible. De reconocer que la salud se mantiene en centros de salud y hospitales, pero fundamentalmente se genera en los entornos donde transcurre la vida cotidiana.

Cuando la sanidad ya no es suficiente

El paso de un fundamento centrado exclusivamente en la sanidad hacia otro orientado a la salud representa la evolución natural de un modelo que ha alcanzado su madurez. Tras garantizar acceso y equidad, ese mismo modelo necesita redefinir su papel para seguir siendo pertinente en un contexto social distinto.

Reforzar únicamente el sistema sanitario frente a problemas de origen social implica una decisión política concreta: desplazar responsabilidades, sobrecargar a los profesionales y aplazar soluciones estructurales. Pensar la salud más allá de la sanidad fortalece el sistema y preserva su sostenibilidad.

Cuando la sanidad resulta insuficiente, la respuesta adecuada consiste en blindarla mediante decisiones públicas coherentes que sitúen la salud como un objetivo compartido. Solo de este modo la sanidad pública podrá cumplir su función esencial, que no es otra que prestar asistencia cuando sea necesaria, sin asumir en solitario las consecuencias de un entorno que genera enfermedad.

Tabla 1. De la sanidad a la salud como bien público.

Dimensión	Enfoque centrado en la sanidad	Enfoque centrado en la salud
Objeto principal	Enfermedad y atención clínica	Condiciones de vida y bienestar
Unidad de intervención	Paciente individual	Persona, comunidad y entorno
Horizonte temporal	Episodio asistencial	Ciclo vital
Responsabilidad	Sistema sanitario	Responsabilidad compartida
Instrumentos	Prestación y tratamiento	Prevención y políticas públicas
Riesgo estructural	Medicalización	Dilución de responsabilidades

1.3. LO QUE FINANCIAMOS ES LO QUE HACEMOS

Los sistemas sanitarios jamás actúan en el vacío. Su funcionamiento cotidiano está profundamente condicionado por los mecanismos que los financian, los incentivos que orientan la actividad y los indicadores que se utilizan para evaluar el desempeño. El sistema hace bien aquello para lo que está diseñado. El problema aparece cuando se le exige producir resultados distintos sin haber modificado los instrumentos que guían su comportamiento.

Si la salud se concibe como un bien público, la financiación deja de ser una cuestión meramente técnica o contable y se convierte en una decisión política de primera magnitud. No se trata solo de cuánto se invierte, sino de qué se prioriza, qué se recompensa y qué queda sistemáticamente invisibilizado. La forma en que se asignan los recursos no es neutral. Define qué problemas merecen respuesta, qué prácticas se consolidan y qué discursos se traducen —o no— en acción real.

Durante décadas, la arquitectura financiera de la sanidad pública ha estado orientada fundamentalmente a blindar la actividad asistencial. Consultas realizadas, pruebas efectuadas, estancias hospitalarias o procedimientos completados constituyen las principales pautas de asignación y evaluación. Este modelo ha sido eficaz para ampliar la cobertura y garantizar el acceso, pero muestra insuficiencias evidentes cuando el objetivo declarado es mejorar la salud de la población en sentido amplio.

Cuando se financia actividad, se obtiene actividad. Cuando se miden procesos, se optimizan procesos. Pero producir salud requiere algo distinto. Requiere estabilidad, continuidad, coordinación, capacidad de anticipación y resultados que no siempre son inmediatos ni fácilmente atribuibles a una intervención concreta. En ese contexto, el enfoque financiero heredado no solo resulta insuficiente, sino que entra en contradicción con los objetivos que el propio modelo dice perseguir.

Incentivos que consolidan una actuación reactiva

El énfasis en la actividad asistencial ha contribuido a consolidar una cultura organizativa centrada en la respuesta rápida y en la resolución episódica. El sistema está extraordinariamente bien preparado para intervenir cuando la enfermedad aparece, pero tiene muchas más dificultades para soportar acciones preventivas, comunitarias o intersectoriales cuyos efectos se manifiestan a medio y largo plazo.

Esta lógica condiciona también lo que se mide. Los indicadores predominantes capturan volumen, tiempos de respuesta y eficiencia operativa. Son útiles, pero parciales. Rara vez reflejan mejoras en bienestar, reducción de desigualdades o fortalecimiento de capacidades comunitarias. Lo que no se mide tiende a no existir en la toma de decisiones. Y lo que no se financia de forma estable queda relegado a proyectos piloto, programas temporales o iniciativas dependientes del compromiso individual de profesionales concretos.

El resultado es una persistente paradoja. Se reconoce con casi total unanimidad la importancia de la prevención, la salud pública o la acción sobre determinantes sociales, pero el grueso de los recursos sigue orientado a financiar un modelo reactivo. No por incoherencia discursiva, sino por inercia estructural. Cambiar los objetivos sin cambiar los instrumentos genera frustración, desgaste y una sensación creciente de impotencia institucional.

Este desajuste se hace especialmente visible en ámbitos como la atención primaria o la salud comunitaria. Se les asigna un papel central en la producción de salud mientras se les dota de recursos, tiempos y métricas orientadas a la gestión de la demanda asistencial. Se aguarda que incorporen nuevas funciones sin liberar espacio ni revisar las reglas de evaluación, lo que deriva en sobrecarga y en una acumulación de tareas carente de dirección estratégica.

Medir sin sentido también es una forma de malgastar

La proliferación de indicadores no siempre ha ido acompañada de una reflexión sobre su utilidad real. Medir es necesario, pero medir sin propósito puede distorsionar prioridades y empobrecer la práctica. Cuando los profesionales perciben que se evalúa aquello que menos valor aporta al cuidado, adaptan su comportamiento para cumplir con la métrica, no para mejorar el resultado. La medición, en lugar de orientar, se convierte en una carga.

Este fenómeno no es anecdótico. Genera conductas defensivas, refuerza el cortoplacismo y debilita la capacidad de pensar en términos de proceso y continuidad. Medir sin sentido no solo consume recursos administrativos; también vulnera el compromiso profesional y desenfoca aquello que realmente importa. A la luz de lo expuesto, la evaluación deja de ser una herramienta de mejora para convertirse en un mecanismo de control que no produce aprendizaje.

Revisar qué se mide y para qué se mide es, por tanto, una obligación institucional. No todo lo valioso es fácilmente cuantificable, pero todo lo que se cuantifica envía un mensaje claro sobre lo que la organización considera importante. Persistir en métricas desalineadas con los objetivos declarados es una forma flagrante de incoherencia.

Hacia una financiación alineada con resultados en salud

Avanzar hacia una organización sanitaria orientada a la salud exige revisar deliberadamente cómo se financia y cómo se evalúa. No se trata de abandonar la financiación asistencial, que sigue siendo imprescindible, sino de complementarla con mecanismos que reconozcan y blinden aquellas acciones que contribuyen a mejorar la salud de manera estructural.

Esto supone introducir indicadores que capten resultados relevantes en términos de bienestar, equidad o de experiencia de paciente. Comporta también aceptar que algunos de estos resultados no son inmediatos ni fácilmente atribuibles a un único actor. La mejora de la salud colectiva es, por definición, un proceso compartido. Las métricas deben reflejar esa complejidad sin caer en la simplificación excesiva.

La financiación orientada a resultados en salud requiere, además, estabilidad. Las intervenciones preventivas o comunitarias no pueden depender de convocatorias temporales ni de fondos extraordinarios. Necesitan continuidad para generar confianza, aprendizaje y efectos sostenidos a

medio y largo plazo. Cuando la financiación es precaria, el mensaje implícito también lo es: esas acciones son accesorias, incluso cuando el discurso las sitúa en el centro.

Revisar los incentivos significa también proteger a los profesionales de una presión evaluativa mal alineada. Medir sin criterio genera fatiga y cinismo. Medir con propósito puede reforzar prácticas coherentes con el objetivo de producir salud. La clave está en medir mejor y con más rigor, y no en medir más.

Financiar es decidir qué sistema queremos

Modificar los parámetros financieros y evaluativos no es un ejercicio técnico neutral. Es una opción profundamente política que define qué entendemos por salud y qué papel otorgamos a la sanidad dentro del proyecto colectivo. Un modelo que sigue financiando mayoritariamente la respuesta a la enfermedad, aunque declare priorizar la prevención, reproduce una contradicción que acaba pagando en forma de saturación, inequidad y desgaste institucional.

La experiencia internacional muestra que es posible avanzar en otra dirección. Modelos que incorporan resultados en salud, contratos que premian la coordinación y la continuidad, e instrumentos de evaluación que integran dimensiones sociales y territoriales ofrecen pistas muy interesantes. No significa importar soluciones, sino asumir principios que orienten el sistema con coherencia, estabilidad y capacidad de revisión.

Lo que financiamos es lo que hacemos. Y lo que decidimos financiar revela, con claridad, qué entendemos por salud y qué esperamos del sistema sanitario. Si el objetivo es producir salud y no solo gestionar enfermedad, la revisión de los marcos financieros y evaluativos deja de ser una opción técnica para convertirse en un compromiso público ineludible.

Porque no hay transformación posible sin cambiar los incentivos. Y no hay modelo sostenible cuando se le pide hacer algo distinto de aquello para lo que está diseñado.

1.4. LA SALUD COMO BIEN COMÚN EN UN MUNDO FRAGMENTADO

En una época marcada por la incertidumbre, la polarización y el debilitamiento de los lazos sociales, la salud se presenta como un derecho individual y, simultáneamente, como un bien común esencial. La pandemia

de COVID-19 expuso de forma brutal nuestras interdependencias y recordó, de manera irrefutable, que nadie está completamente a salvo si no lo estamos todos. Y, sin embargo, esa conciencia colectiva parece haberse diluido con la misma rapidez con que emergió. La salud pública, que vivió un protagonismo inédito, ha vuelto a quedar desplazada por enfoques de corto plazo y visiones sectoriales.

Mi planteamiento parte de la base de que la salud debe entenderse como un bien común en sentido pleno; no solo como un servicio que se presta, sino como una responsabilidad compartida, una infraestructura de justicia social y un espacio para la construcción de comunidad. En un mundo fragmentado, necesitamos una salud pública fuerte, capaz de articular solidaridades, blindar lo vulnerable y garantizar derechos en clave de equidad.

De la salud como bien individual a la salud como bien común

El modelo biomédico dominante ha centrado tradicionalmente la atención en el cuerpo individual, en el diagnóstico, en el tratamiento. Esta visión, aunque imprescindible, resulta insuficiente para abordar los determinantes sociales, ambientales y estructurales de la salud. La salud no es solo ausencia de enfermedad; es también vivienda digna, trabajo decente, alimentación saludable, entornos seguros, relaciones significativas.

Entender la salud como bien común presupone reconocer que su protección no puede depender exclusivamente del comportamiento individual ni del acceso a servicios sanitarios. Requiere políticas públicas valientes, una acción intersectorial solvente y una participación social activa. Conlleva también una ética de la atención mutua y una visión de futuro donde el bienestar colectivo sea un objetivo compartido.

Además, pensar la salud como bien común nos obliga a replantear algunas dicotomías clásicas: salud pública frente a asistencia sanitaria, prevención frente a tratamiento, individuo frente a comunidad. Superar estas divisiones significa adoptar una mirada más integradora, más ecológica, más orientada a la atención integral de la vida en todas sus dimensiones.

Una salud pública para tiempos fragmentados

La realidad contemporánea adopta muchas formas: desigualdades sociales crecientes, territorios desconectados, polarización política, desconfianza institucional o fatiga social. En este escenario, la salud pública afronta el desafío de recuperar legitimidad, capacidad operativa y orientación estratégica.

Una salud pública fuerte no puede limitarse a la vigilancia epidemiológica o al control de riesgos. Debe asumir un rol activo en la promoción de la equidad, en la defensa del derecho a la salud, en la generación de conocimiento pertinente y en la articulación de redes de soporte comunitario. Debe, también, incorporar lenguajes nuevos, dialogar con las emociones sociales y reconstruir puentes con la ciudadanía.

También debe revisar sus formas de presencia para estar en el territorio, en la escuela, en el centro de trabajo y en los medios de comunicación, incorporando escucha atenta, colaboración intersectorial y acción transformadora más allá de la prescripción técnica. Porque una salud pública encerrada en sus propios esquemas no podrá responder a los desafíos de un mundo abierto, incierto, dinámico y en tensión.

Los pilares de una salud pública integral

Para fortalecer la salud pública como bien común, es necesario consolidar varios pilares:

1. **Equidad y justicia social.** La salud pública debe situar la lucha contra las desigualdades en el centro de su acción. Esto requiere intervenir sobre los determinantes sociales, redistribuir oportunidades y garantizar el acceso universal a condiciones de vida saludables. La equidad es una meta, pero también es un criterio operativo que debe guiar la asignación de recursos, la planificación territorial y el diseño de intervenciones.
2. **Participación y democracia.** Una salud pública fuerte no puede ser tecnocrática ni verticalista. Necesita escuchar a la población, incorporar su saber y su experiencia, generar espacios de deliberación pública y promover el empoderamiento ciudadano. Esto requiere metodologías participativas, estructuras abiertas, voluntad de diálogo y una profunda pedagogía de la corresponsabilidad.
3. **Intersectorialidad real.** La salud se construye también desde la educación, el urbanismo, el empleo, el medio ambiente. Las políticas de salud pública deben articularse con otras áreas para abordar de forma integrada los retos del bienestar. Esto exige superar la compartimentación administrativa y fomentar la cooperación institucional sostenida, no solo puntual.
4. **Capacidad técnica e independencia.** La salud pública necesita dotarse de estructuras sólidas, personal cualificado y autonomía para

ejercer su función con rigor, más allá de los vaivenes políticos. Sin autonomía técnica no hay credibilidad. Sin inversión estructural no hay capacidad de respuesta. Y sin equipos bien tratados, no hay salud pública posible.

5. Lenguaje, narrativa y sentido. Necesitamos una salud pública que comunique con claridad, que emocione, que conecte con los valores colectivos y ofrezca orientación en medio de la incertidumbre. No solo cifras, sino también relatos que movilicen, que expliquen con honestidad, que inspiren confianza y que convoquen a la atención mutua y a la acción colectiva.

Retos y horizontes posibles

Entre los retos principales están la cronificación de la pobreza, el cambio climático, las brechas digitales, el envejecimiento demográfico, la salud mental, la gobernanza global de la salud y la aparición de nuevos riesgos sanitarios. Ninguno de estos desafíos puede abordarse sin una salud pública fortalecida, transversal y bien financiada.

Estos retos requieren además nuevas formas de cooperación internacional, nuevos soportes jurídicos, nuevas alianzas entre el conocimiento experto y la sabiduría popular. Es por ello que la salud pública debe abrirse a otras disciplinas, a otras voces, a otras epistemologías. El pluralismo no es un obstáculo para la eficacia sino una condición para la pertinencia.

Pero también hay oportunidades, como el aprendizaje tras la pandemia, el crecimiento del activismo social por la salud, la renovación generacional en los equipos técnicos, la digitalización bien orientada, la posibilidad de construir alianzas entre lo institucional y lo comunitario, etc. La salud pública puede ser un espacio de innovación democrática, de recomposición del tejido social, de generación de legitimidad pública.

Una agenda para una salud pública renovada

Pensar una salud pública fuerte implica también definir una nueva agenda. Más allá de resistir el deterioro o gestionar la urgencia, debe focalizarse en proponer horizontes transformadores. Esa agenda debería incluir:

- Un compromiso político estable con su financiación, profesionalización y autonomía.
- Un enfoque integral de los determinantes sociales de la salud en todas las políticas públicas.

- Una estrategia nacional y local de participación ciudadana en salud.
- Programas de alfabetización en salud comunitaria y corresponsabilidad.
- Mecanismos de vigilancia ética y transparencia institucional.

Esta agenda no puede quedar relegada a los márgenes de la acción pública. Requiere prioridad política, legitimidad técnica y apoyo social. Y exige, además, un nuevo tipo de liderazgo; más facilitador que jerárquico, más pedagógico que burocrático, más colectivo que individual.

Un futuro común en torno a la salud

Defender una salud pública fuerte es defender una sociedad que se reconoce vulnerable, interdependiente y capaz de protegerse colectivamente. Es una apuesta por el bien común en tiempos de fragmentación. Una inversión en resiliencia colectiva. Y la salud pública, si asume este desafío, puede ser mucho más que un subsistema técnico que apuntala a la autoridad sanitaria. Puede convertirse en un espacio de articulación social, de innovación política, de regeneración institucional. Puede contribuir a reconstruir el contrato social en torno a una idea muy poderosa: que la salud de cada persona importa, pero que la salud de todos es lo que nos permite vivir con dignidad, juntos.

Esa es la fuerza de la salud pública como bien común. Recordarnos que incluso en un mundo fragmentado, seguimos siendo una comunidad en busca de atención.



Figura 1. Los pilares de la salud pública.

1.5. SALUD EN TODAS PARTES. GOBERNANZA INTERSECTORIAL Y DETERMINANTES SOCIALES

El bienestar y la salud de las personas no dependen exclusivamente del sistema sanitario. Aunque este tiene un papel fundamental en la atención directa, la mayoría de los factores que condicionan la salud —lo que comemos, dónde vivimos, cómo nos movemos, qué nivel educativo alcanzamos o qué redes de apoyo tenemos— escapan claramente al ámbito asistencial. En este contexto, resulta cada vez más necesario repensar la salud desde una perspectiva intersectorial, entendiendo que no puede abordarse aisladamente ni resolverse solo con más hospitales, más tecnología o más profesionales.

El concepto de “salud en todas las políticas” (*Health in All Policies*, HiAP), promovido por organismos internacionales como la OMS, parte de esta constatación, y tiene como fundamento la idea de que, para mejorar de forma efectiva y sostenible la salud de la población, es necesario integrar la perspectiva de salud en todas las decisiones políticas, más allá del ámbito sanitario. Esto supone que políticas de urbanismo, educación, vivienda, empleo, medio ambiente o movilidad pueden tener un impacto más determinante en la salud de la ciudadanía que muchas intervenciones médicas. Y, por tanto, deben ser concebidas y evaluadas también como políticas de salud.

Además, pensar en salud en todas partes nos obliga a reflexionar también sobre los límites de la medicina clínica para resolver problemas que tienen raíces estructurales. Por mucho que se invierta en servicios asistenciales, mientras no se actúe sobre los determinantes sociales, seguiremos atrapados en una dinámica de reparación más que de prevención. Por eso, la salud en todas las políticas no es solo un cambio técnico o logístico, sino un cambio de paradigma que cuestiona las formas tradicionales de gobernar lo sanitario y lo social.

Salud pública más allá del sector salud

Una de las limitaciones tradicionales del enfoque sanitario ha sido su tendencia a centrarse casi exclusivamente en la oferta de servicios asistenciales. Esta mirada reduccionista ha invisibilizado los determinantes sociales y ha relegado a un segundo plano las brechas estructurales que explican buena parte de las desigualdades en salud. Apostar por la gober-

nanza intersectorial obliga a recuperar la dimensión social y política de la salud, y reconfigurar los ejes institucionales para actuar sobre sus causas estructurales.

No se trata de convertir a los profesionales sanitarios en urbanistas, sociólogos o economistas. Se trata de que las políticas públicas no caminen en paralelo, sino que se coordinen en torno a objetivos compartidos de bienestar colectivo. Que el urbanismo promueva entornos caminables y seguros. Que la educación incorpore la salud como parte de su currículo y de sus entornos escolares. Que las políticas laborales reduzcan la precariedad, el desempleo y sus consecuencias sobre la salud mental. Que las políticas ambientales consideren la salud como variable nuclear en el diseño de sus objetivos.

La experiencia internacional muestra que cuando se desarrollan estructuras estables de colaboración intersectorial, se logran avances importantes en salud y bienestar. Estrategias como las “redes de ciudades saludables”, las “evaluaciones de impacto en salud” o los “observatorios de determinantes sociales” promueven la generación de conocimiento compartido, políticas coherentes y acciones integradas que benefician a la población en su conjunto.

Barreras y oportunidades para una gobernanza intersectorial

Construir esta lógica intersectorial no es sencillo. Las barreras son múltiples: culturas institucionales distintas, marcos regulatorios desconectados, competencia por recursos, prioridades divergentes, estructuras jerárquicas y compartimentadas. Muchas veces, la perspectiva sectorial impide ver el potencial de la acción conjunta, y cada área defiende su territorio sin explorar las sinergias posibles.

Otra dificultad relevante es la falta de indicadores comunes y de sistemas de evaluación integrados. Cada sector mide su impacto con sus propias métricas, lo que dificulta una comprensión global del efecto combinado de las políticas. Sin herramientas compartidas de análisis, coordinación y evaluación, la intersectorialidad corre el riesgo de quedarse en el discurso.

Aun así, hay experiencias prometedoras. La creación de estructuras de gobernanza transversal, como mesas interdepartamentales, comisiones intersectoriales o planes estratégicos conjuntos, han demostrado que es posible alinear políticas, reducir solapamientos y generar soluciones más coherentes, eficientes y equitativas. Pero estas iniciativas requieren

liderazgo político, visión de largo plazo y una ciudadanía activa que exija políticas coordinadas y orientadas al bien común.

En este escenario, también se hace imprescindible reforzar las competencias de los profesionales de salud pública para que puedan desempeñar un papel más activo en el diálogo intersectorial. No basta con tener conocimiento técnico; se necesitan habilidades de mediación, capacidad de traducir la evidencia científica a lenguajes comprensibles para otros sectores, y legitimidad para participar en la toma de decisiones políticas.

Una cultura política centrada en el bienestar

Pensar la salud en todas las políticas es, en última instancia, pensar el bienestar como centro de gravedad de la acción pública. Supone superar la fragmentación institucional y construir una cultura política más cooperativa, más estratégica y más sensible a las necesidades reales de la población.

En este enfoque, el sistema sanitario no se retrae ni pierde protagonismo. Al contrario, se convierte en un actor principal de articulación, generación de evidencia y construcción de consensos. La salud pública puede y debe liderar esta transformación, aportando conocimientos, datos y capacidad de mediación entre sectores. Pero necesita también reformularse como una instancia de gobernanza, no solo como un conjunto de servicios o programas.

Una organización sanitaria que asume esta visión se compromete activamente en los espacios de análisis intersectorial, participa en el diseño de políticas urbanas, sociales o ambientales, colabora con municipios, escuelas y asociaciones, y se reconoce como parte de un ecosistema más amplio que condiciona la salud de las personas. Esta mirada obliga a redefinir las fronteras tradicionales de lo sanitario, integrando el conocimiento experto con el saber comunitario, la participación ciudadana y la inteligencia colectiva del territorio. Se convierte en un organismo permeable, dialogante y con vocación de transformación social.

Construir una cultura de salud en todas las políticas supone una apuesta ética por una sociedad más equitativa, más saludable y más consciente de sus interdependencias, con una base técnica sólida. Una sociedad que entienda la salud como una meta individual y, paralelamente, como un proyecto colectivo que se construye desde todos los rincones de lo público. Solo así se podrá garantizar una salud verdaderamente equitativa, evitando que las políticas compitan entre sí y promoviendo su coordinación

en torno a un objetivo compartido: el bienestar de todas las personas, con independencia del lugar en el que vivan.

1.6. LA ENFERMEDAD ORGANIZADA: LA SALUD PÚBLICA FRENTE AL PODER CORPORATIVO

A veces, basta con observar cuatro productos para entender por qué millones de personas enferman y mueren cada año. Cuatro productos: tabaco, alcohol, alimentos ultraprocesados y combustibles fósiles. No son los únicos factores que deterioran la salud global, pero sí están detrás de una proporción enorme de enfermedades y muertes evitables en el mundo.

Detrás de ellos no solo hay moléculas. Hay reglas de mercado, estrategias de influencia y estructuras de poder que perpetúan el daño con una eficacia meticulosamente planificada. La salud pública contemporánea ya no puede eludir esta realidad. No basta con explicar los determinantes sociales; debemos hablar, con claridad, de lo que la profesora Anna Gilmore, investigadora de la Universidad de Bath y figura clave en el análisis de cómo las grandes corporaciones afectan negativamente a la salud global, ha llamado determinantes comerciales de la salud.

Una enfermedad rentable: estrategias, poder y narrativa

Los productos que más dañan la salud no llegan al mercado por accidente. Tampoco son consumidos masivamente por elección libre e informada. Lo que hay detrás es una arquitectura económica y regulatoria diseñada para promoverlos, normalizarlos y protegerlos. Las grandes corporaciones invierten en publicidad dirigida, manipulan evidencias científicas, financian grupos de fachada, presionan a legisladores, moldean el discurso público. No innovan en salud, pero sí en técnicas de invisibilización del riesgo y proyección de la culpa.

El tabaco logró durante décadas sembrar dudas sobre su relación con el cáncer. Hoy, la industria alimentaria y del alcohol replican esas tácticas, financiando estudios sesgados, instalando términos como “consumo responsable” o “elección informada” y contribuyendo al mito de que basta con moderar para no enfermar. Mientras tanto, las tasas de enfermedad metabólica, cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares siguen creciendo.

Como bien señala Gilmore en sus investigaciones, la industria no solo vende productos; vende narrativas, cultura y estructuras regulatorias que

la mantienen en pie. Enfermar se convierte así en una externalidad del negocio, una consecuencia asumible por el mercado.

La narrativa oficial dominante ha sido muy clara: los individuos deben hacerse responsables de su salud. Si comes mal, si bebes, si fumas, si no haces ejercicio... es tu problema. Este discurso, profundamente arraigado en nuestra lógica social, sirve a un propósito, que no es otro que ocultar las configuraciones estructurales que limitan o condicionan esas decisiones.

Pero nadie elige vivir en un barrio sin acceso a alimentos frescos o rodeado de casas de apuestas. Nadie escoge respirar un aire contaminado. Nadie prefiere una vida sedentaria si no dispone de tiempo, seguridad o espacios para moverse. Y, desde luego, nadie elige ser adicto.

Como advierte Gilmore, esta retórica de libertad es eminentemente ideológica, y dirige el foco desde las estructuras que generan enfermedad hacia la conducta individual. Desaparece así la responsabilidad empresarial y política, mientras se estigmatiza a quienes sufren los resultados.

Silencios políticos y responsabilidades profesionales

Mientras se destinan millones a campañas individuales de prevención, la acción política frente a los determinantes comerciales sigue siendo tibia. Hay excepciones, afortunadamente, como los impuestos sobre bebidas azucaradas, restricciones publicitarias al tabaco, o ciudades que apuestan por la movilidad activa. Pero cada una de estas medidas encuentra una resistencia feroz por parte de los lobbies empresariales, que operan con enorme capacidad de presión tanto a nivel político como institucional.

Gilmore ha documentado ampliamente cómo estas industrias actúan con estrategias coordinadas para interferir en las políticas públicas, capturar reguladores, y distorsionar la evidencia científica. Proteger la salud exige, por tanto, recuperar una salud pública con vocación política. Una salud pública capaz de regular, limitar, redistribuir, y sobre todo señalar lo que daña sin ambigüedad.

Como profesional sanitario y gestor, he podido ver desde diferentes ángulos el impacto real de estas dinámicas. No hablamos de teorías abstractas. Hablamos de pacientes que llegan tarde al diagnóstico porque nunca tuvieron acceso a una dieta adecuada. Hablamos de personas mayores con enfermedades respiratorias agravadas por entornos contaminados. Hablamos de jóvenes expuestos a estímulos de riesgo desde la infancia, en un entorno social que celebra la libertad de consumo pero no promueve el autocuidado.

Frente a esta realidad, necesitamos una ética del cuidado que se proyecte más allá del acto asistencial y alcance el diseño de las políticas públicas. Una ética que comprenda la prevención como un proceso transformador y que conciba la vida saludable como una opción accesible, sostenida por el entorno y no como una exigencia individual permanente.

Y como profesionales sanitarios no podemos refugiarnos en una neutralidad cómoda. Cuando hay evidencia consistente de daño evitable, la equidistancia puede acabar funcionando como inacción. Las y los profesionales de la salud tenemos un rol que va más allá de la asistencia, lo que representa educar críticamente, denunciar prácticas nocivas, respaldar regulaciones valientes, y construir alianzas con sectores que luchan por el derecho a una vida saludable y digna.

También debemos transformar la formación universitaria. Incluir pensamiento crítico, economía política de la salud, lectura ética del entorno. Enseñar a nuestros estudiantes que no basta con saber tratar un infarto, sino que es necesario entender por qué ese infarto ocurre antes en ciertos cuerpos, barrios o poblaciones, y qué intereses lo hacen posible o inevitable.

Mirar hacia arriba

Este debate va mucho más allá de lo sanitario. Es eminentemente social y político. ¿Queremos sociedades donde la enfermedad sea el precio de un crecimiento económico ilimitado? ¿Vamos a seguir promoviendo la “libertad de elección” mientras las condiciones están diseñadas para empujar al daño? ¿O vamos a exigir políticas que prioricen la salud sobre el beneficio?

La Dra. Anna Gilmore lo plantea sin rodeos: no podemos abordar los problemas de salud global sin enfrentarnos al poder corporativo que los perpetúa. Y en esa tarea, cada actor social tiene una responsabilidad.

Decía Rudolf Virchow que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala”. Hoy, más que nunca, esa escala exige valentía, conciencia y acción colectiva.

Los determinantes comerciales de la salud constituyen una amenaza sistémica y, con ello, una oportunidad para redefinir el campo de acción sanitaria. Amplían el horizonte de la salud pública desde el alivio de los síntomas hacia la transformación de las causas y desde la prevención de enfermedades hacia la confrontación de los mecanismos que las consolidan. En ese escenario, la salud pública del siglo XXI exige audacia y

reclama una actuación que integre conocimiento científico y conciencia colectiva.

Porque proteger la vida nunca fue neutral. Y porque, en tiempos como estos, es imprescindible poner el foco en quienes diseñan entornos que enferman, en quienes se lucran con el daño, y en quienes tenemos la capacidad —y la obligación— de cambiar el sistema.

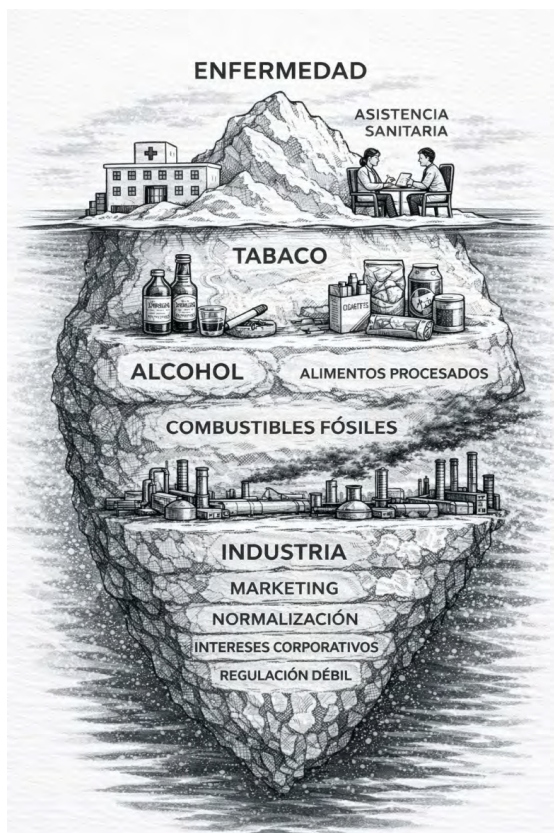


Figura 2. La enfermedad organizada.

1.7. CUIDARSE NO ES UN ACTO INDIVIDUAL

En las últimas décadas se ha instalado con fuerza la idea de que la salud depende, en gran medida, de las decisiones personales. Comer mejor, moverse más o evitar conductas de riesgo se presentan a menudo como elecciones

que cada persona puede adoptar si dispone de la información adecuada. Este enfoque ha contribuido a visibilizar la importancia de los estilos de vida, pero también ha generado un efecto colateral relevante. Ha desplazado progresivamente la atención desde las condiciones que hacen posible cuidarse hacia la conducta de quienes no siempre pueden hacerlo.

En un contexto en el que la salud se concibe como bien público, esta lectura resulta insuficiente. No porque las decisiones personales carezcan de importancia, sino porque ningún posicionamiento se adopta en el vacío. Cuidarse exige capacidades, pero también tiempo, estabilidad, comprensión, entornos favorables y márgenes reales de elección. Cuando estos elementos faltan, apelar a la implicación individual deja de ser una invitación al autocuidado y se convierte en una forma de traslado implícito de responsabilidades.

Pensar el papel de la ciudadanía en la salud colectiva obliga, por tanto, a reformular la pregunta. La mirada deja de centrarse en lo que debe hacer cada persona para ocuparse de su salud y se dirige hacia las circunstancias que deben darse para que ese cuidado sea posible, continuado y significativo. La protección de la salud requiere algo más que voluntad individual y necesita capacidades que se aprenden y contextos que las hagan viables.

Capacidad, alfabetización y aprendizaje a lo largo de la vida

Hablar de alfabetización en salud no equivale a acumular información ni a memorizar recomendaciones. Supone desarrollar la capacidad de comprender mensajes sanitarios, interpretar riesgos, distinguir fuentes fiables, tomar decisiones informadas y situar la propia experiencia dentro de un entorno más amplio. Esa capacidad no es innata ni se adquiere espontáneamente. Se construye a lo largo del tiempo y depende en gran medida del acceso a una educación de calidad y de experiencias de aprendizaje significativas.

La escuela se constituye como un espacio vertebrador que trasciende la enseñanza puntual de contenidos y contribuye al desarrollo de habilidades críticas relacionadas con la atención, la autonomía y la responsabilidad compartida. Educar para la salud requiere enseñar a leer el entorno, reconocer cómo influyen los determinantes sociales en el bienestar y comprender el cuidado como una participación activa en la propia vida y en la de la comunidad, más allá de la mera evitación de la enfermedad.

Este aprendizaje no termina en la infancia. La alfabetización en salud debe entenderse como un proceso continuo que acompaña a la ciudada-

nía a lo largo de la vida. Cambian los riesgos, cambian los contextos y cambian también las necesidades de comprensión y decisión. Sin espacios de formación accesibles y adaptados, la capacidad de cuidarse se deteriora y deja de ser un recurso disponible para amplios sectores de la población.

Reducir la alfabetización en salud a campañas informativas es confundir medios con fines. Informar no garantiza comprender. Comprender no siempre permite actuar si las circunstancias no acompañan. Por eso, reforzar el papel de la ciudadanía en la salud colectiva exige ir más allá de la transmisión de mensajes y apostar por procesos educativos duraderos que fortalezcan la autonomía real y no solo la formal.

Instituciones que hacen posible el cuidado

Si cuidarse no es un acto individual, tampoco puede entenderse como una tarea privada desvinculada de la acción pública. Las instituciones desempeñan un papel decisivo en la creación de entornos que facilitan o dificultan las decisiones saludables. El diseño urbano, la regulación de productos, la organización de la jornada laboral, la accesibilidad a espacios verdes o la oferta alimentaria influyen de forma directa en las posibilidades cotidianas de atención.

Un fundamento legislativo coherente no impone hábitos, pero sí orienta conductas. Protege sin infantilizar y amplía las opciones disponibles sin delegar toda la carga en la persona. Cuando las políticas públicas facilitan que lo más accesible sea también lo más saludable, el autocuidado deja de ser un privilegio y se convierte en una práctica socialmente viable.

Este enfoque resulta especialmente relevante para evitar la culpabilización implícita de quienes enferman. En demasiadas ocasiones, el discurso sobre estilos de vida ha convivido con entornos que favorecen el sedentarismo, el consumo de productos nocivos o la desconexión social. En ese contexto, responsabilizar exclusivamente a la persona de su estado de salud no solo es injusto, sino ineficaz. Refuerza desigualdades y debilita la credibilidad de las instituciones.

Las políticas de salud pública orientadas a crear entornos favorables no sustituyen la agencia individual. La refuerzan. Promueven que las capacidades aprendidas se traduzcan en prácticas reales. Facilitan que la elección saludable no sea siempre la más costosa en términos de tiempo, dinero o esfuerzo. Bajo este enfoque, la acción institucional no compite con la implicación personal, sino que la hace posible.

Este equilibrio exige coherencia. No tiene sentido promover hábitos saludables desde el discurso mientras se toleran prácticas económicas o regulatorias que los socavan sistemáticamente. La credibilidad institucional en materia de salud depende de la alineación entre lo que se recomienda y lo que se permite. Cuando esa coherencia se rompe, el mensaje pierde fuerza y la ciudadanía percibe la práctica clínica como una exigencia individual desanclada de la realidad.

Definir el papel de la ciudadanía en la salud como bien público conlleva reconocer su capacidad de participar, deliberar y cuidar, pero también su derecho a contar con condiciones que hagan viable esa asistencia. Supone concebir la autonomía como un proceso relacional, tejido en la interacción con el entorno, las instituciones y otras personas.

En este plano, la ciudadanía deja de ser un destinatario pasivo de servicios o mensajes y se convierte en un actor con capacidad de contribuir al bienestar colectivo, al disponer de herramientas, conocimientos y contextos que le facilitan ejercer la responsabilidad sobre su salud de manera razonable.

Cuidarse no es un acto individual aislado. Es el resultado de un entramado de aprendizajes, decisiones públicas y factores sociales que se refuerzan mutuamente. Reconocerlo no reduce la exigencia personal. La sitúa en un marco más justo y más eficaz. Un marco en el que la salud deja de depender de elecciones heroicas y se convierte en una posibilidad compartida.

Tabla 2. Desplazamiento estructural de responsabilidades en salud.

Origen del problema	Ejemplos	Nivel de gestión	Consecuencia
Social	Soledad, precariedad	Consulta clínica	Medicalización
Comunitario	Aislamiento	Atención primaria	Sobrecarga
Político	Regulación insuficiente	Profesionales	Carga moral
Corporativo	Marketing nocivo	Sistema público	Coste evitable