

Resumen del debate sobre el concepto de Salud Pública mantenido por la Asociación Madrileña de la Salud Pública (AMASAP)

Los días 17 de Abril, 6 de mayo y 22 de mayo de 2009 se reunió un grupo de trabajo de AMaSaP, promovido por Tomás Hernández y Luis Velázquez, coordinado por Fernando Conde, y compuesto por:

- Isabel Abad.
- Teresa Amor.
- Ramón Aguirre.
- Moisés Cameno.
- Fernando Conde.
- Julia Domínguez.
- Iñaki Galán.
- Carmen Gallardo.
- Tomas Hernández.
- Milagros Ramasco.
- Amaya Sánchez.
- Amai Varela.
- Luis Velázquez

En dichas reuniones, de una forma abierta, se debatió qué se podía entender por Salud Pública en la actualidad.

El 19 de noviembre de 2009, como parte del I Congreso Internacional de Salud Pública y Laboral de la ciudad de Madrid, AMaSaP celebró un taller sobre el concepto de SP, coordinado también por Fernando Conde, para exponer y debatir las ideas surgidas en el grupo de trabajo mencionado.

El objetivo de estas páginas es hacer una breve presentación del debate realizado en el grupo de trabajo y el taller posterior, apuntando las propuestas y líneas de reflexiones que pudieron generar más consenso y las que, más allá del posible acuerdo que pudieran haber generado, puedan apuntar ciertas problemáticas sobre las que conviene reflexionar más a fondo.

Se presenta en primer lugar el debate realizado por el grupo de trabajo y a continuación las aportaciones realizadas en el taller.

DEBATE EN EL GRUPO DE TRABAJO

Una primera cuestión que quizás convenga delimitar de antemano, y que en los debates de los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Pública se entremezcla de forma continua, es una posible doble acepción de la noción de Salud Pública según nos refiramos a:

- a) una acepción amplia de esta noción, como **“esfuerzo organizado”** de la sociedad, como conjunto de prácticas sociales y no sólo sanitario-institucionales que tienen como objetivo proteger, mantener y restaurar, si es el caso, la salud de la población y ...
- b) una acepción más restringida de dicha noción como **la institución sanitaria de carácter público** que tradicionalmente se ha venido denominando Salud Pública y que gestiona las competencias que la ley le pueda reconocer en esta materia.

Mientras la acepción restringida no plantea operativamente problemas ya que viene a coincidir con el marco de las competencias que la ley le reconoce, la acepción más amplia plantea de inmediato el problema de **los límites**: ¿Qué se puede considerar Salud Pública?. ¿Hasta qué punto se pueden caracterizar como “salud pública” las políticas que tienen como uno de sus posibles resultados una mejora de la salud de la población, si el diseño de estas políticas no se ha realizado con dicha intencionalidad (de salud pública) más expresa? ¿Hasta qué punto en estas políticas e iniciativas hay que hablar más de “calidad de vida”, de “bienestar” que de “salud pública”?

Preguntas que hacen ver la necesidad de pensar dicha cuestión de los “límites” y de realizar un trabajo de reflexión sobre los mismos, como apuntaremos algo más adelante.

En el grupo de debate se apuntó, en todo caso, la necesidad de delimitar una noción, una caracterización de “Salud Pública”:

- **Que no se reduzca a la especificidad, a la particularidad del sistema institucional** que se llama “salud pública” (con independencia de su estructura y organización).
- **Que no se diluya, en la dirección contraria, en una consideración de la “salud pública” que confunda ésta, que haga prácticamente intercambiable el hablar de “salud pública” con, por ejemplo, el bienestar general, la calidad de vida, el progreso u otras consideraciones igualmente generales e inespecíficas.**

En este contexto, en el grupo se apuntó la necesidad de que, partiendo de las aproximaciones clásicas, pero siempre vigentes, de la concepción de la Salud Pública (como promoción, prevención, protección de la salud), se

incorporasen algunas problemáticas más actuales como podrían ser las relativas a:

- ✍ La existencia de **múltiples actores** que intervienen en la SP, más allá de las instituciones sanitarias de carácter público e incluso privado más tradicionales.
- ✍ La **participación social** en todas las dimensiones y ámbitos de la Salud Pública.
- ✍ Los cambios y **las innovaciones científicas y tecnológicas**.
- ✍ El papel de los **medios de comunicación**.

Debates que pusieron de manifiesto la necesidad de considerar la **SP como algo “complejo”**, como una noción **“dinámica”** que va cambiando históricamente y que comprende e incide en un conjunto de dimensiones sociales muy diversas con sus correspondientes políticas públicas (empleo, vivienda,...).

- ✍ La importancia de la SP como **espacio de mediación y de promoción de la coordinación** entre diferentes actores sociales e institucionales en relación con la mencionada acepción amplia.
- ✍ Aproximarse a la SP desde la perspectiva de **los derechos y la equidad en relación al acceso y a las prestaciones** del Sistema sanitario, en relación con la mencionada acepción más restringida.
- ✍ Considerar central en el diseño y en la aplicación de cualquier política de Salud Pública el **debate democrático y la participación social**.

1.- La acepción ampliada de la Salud Pública.

La acepción ampliada de la Salud Pública expresada en el debate recupera una propuesta apuntada en el proyecto de Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid sobre la Salud Pública como un conjunto de prácticas sociales, de todo tipo, de **traducción de los fenómenos sociales en términos de salud**.

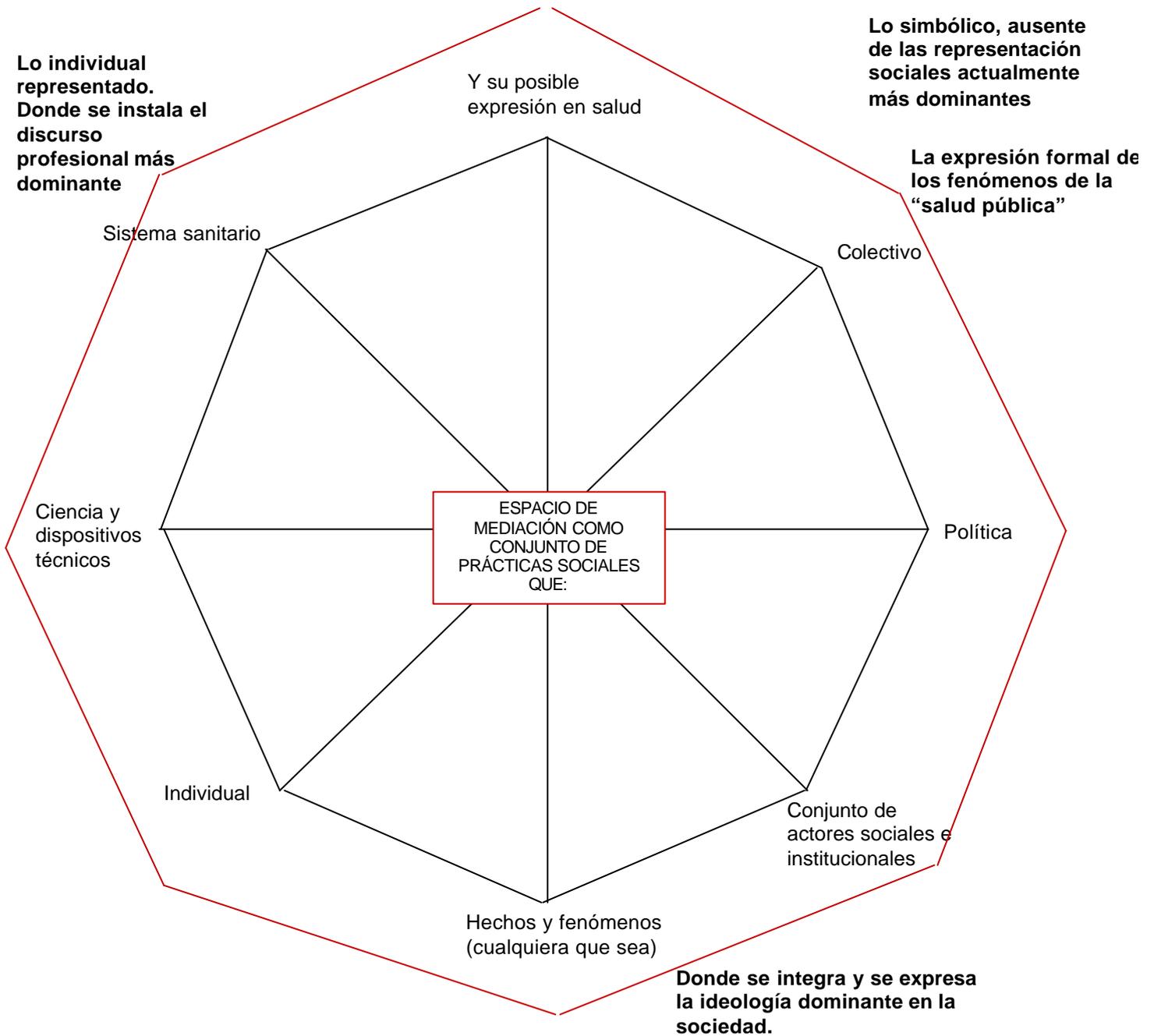
Como se señalaba en dicha obra, dicha tarea significa desarrollar un doble proceso de traducción:

- Conseguir traducir cualquier problemática social en el lenguaje sanitario. Es decir, la Salud Pública debe tener la capacidad argumental para traducir en términos de salud, en repercusiones sobre la salud, cualquiera de los problemas y fenómenos sociales de

los ámbitos de vida más diversos (desigualdades, contaminación, condiciones laborales, adicciones, urbanismo...).

- Dentro ya de la problemática de la salud, Salud Pública debe argumentar cómo esos problemas de salud no tienen un carácter individual, sino que presentan un carácter colectivo y poblacional.

Proceso de doble traducción que significa caracterizar el espacio ampliado de la Salud Pública como un **“espacio de mediación”**, como el que hemos tratado de representar en el siguiente gráfico, denominado algo enfáticamente, el “diamante de la Salud Pública”. Gráfico en que se ha tratado de representar, además, la dificultad ideológica actualmente existente en nuestra sociedad y en el propio terreno de las instituciones sanitarias de concebir lo “colectivo”, las dimensiones sociales y no meramente individuales de los problemas de salud, como algo que va más allá de la noción de “población” como suma, como agregado de “individuos”.



EL DIAMANTE DE LA SALUD PÚBLICA: LA SALUD PÚBLICA COMO ESPACIO DE PRÁCTICAS SOCIALES, SIMBÓLICAS Y POLÍTICAS DE MEDIACIÓN

Caracterizar la Salud Pública de dicha forma conlleva, de inmediato, plantearse la cuestión de los límites mencionados anteriormente dado que, desde un cierto punto de vista, podría pensarse que dicha caracterización ampliada de la Salud Pública puede tender a confundir, solapar o directamente diluir dicha acción de Salud Pública con otros muchos tipos de intervenciones públicas que, directa o indirectamente, pueden tener una repercusión en el terreno de la salud de la población. Desde las medidas más macro, por ejemplo, de urbanismo que pueden tener un efecto positivo en la salud, a las más micro, por ejemplo un “carril bici”, que igualmente puede tener una repercusión positiva en la salud. ¿Cómo distinguir, entonces, la Salud Pública de este otro tipo de intervenciones?.

- La necesidad de la Salud Pública como **acción consciente** de mejora de la salud de la población.

Más allá de protagonismos estériles en el sentido de que finalmente lo que interesa es ayudar a mejorar la salud de la población, independientemente de quién protagonice y de cómo se llame la institución que promueva la intervención, en el grupo de trabajo se apuntó la importancia de que para que una acción pudiera ser caracterizada como de Salud Pública, como perteneciente a este espacio, debería estar **diseñada y realizada con objetivos conscientes y claros de perseguir una determinada mejora de la salud de la población**.

Elaboración consciente de dichos objetivos que, por otro lado, es lo que puede permitir “indicadores” de objetivos a conseguir y a poder evaluar.

Desde otros puntos de vista, en relación con la problemática de los límites también se señalaron varias líneas de reflexión de interés:

- **¿Políticas de Salud Pública o consumo de salud?.**

Una de las fuentes de tensión y de conflicto que se planteó en el grupo de trabajo fue la derivada del modelo de vida actual, muy consumista, en su relación con la problemática de la Salud Pública, tanto desde el punto de vista de los comportamientos sociales, como del de las prácticas de las propias instituciones sanitarias.

En relación a los primeros, se señalaba cómo la propia **medicalización consumista** se plantea como “remedio” personal alternativo tanto a una intervención social que, por ejemplo, actúe en el terreno de los determinantes en salud, como a una posible actuación personal que, por ejemplo, conlleve el esfuerzo de modificar un cierto hábito no saludable.

En relación a lo segundo, se originó un debate sobre los modelos de intervención de la propia “institución” Salud Pública, sobre el propio concepto del “**marketing social**”, sobre hasta qué punto Salud Pública puede utilizar

las herramientas del marketing sin caer en la lógica del consumo y del mercado, o debe complementarlas o directamente utilizar unas herramientas propias que “empoderen” a los ciudadanos en el terreno de la salud.

- La **sostenibilidad** de las políticas de Salud Pública.

La cuestión de los límites en el debate también se planteó desde otro punto de vista relevante como es la cuestión de la “sostenibilidad” de las políticas de Salud Pública. Hasta ahora, el argumento de preservar y proteger la salud de la población era un valor social primordial que “justificaba” casi cualquier medida en su defensa. Sin embargo, la problemática de la finitud de los recursos, de la sostenibilidad económica, social y medioambiental de las políticas plantea una reflexión, un reto y un límite a las políticas de Salud Pública.

Dos ejemplos concretos de los debates pueden ejemplificar esta reflexión sobre este tipo de “límites al crecimiento” de las políticas de salud pública.

- Las recomendaciones de tomar todos los días una serie de piezas de fruta puede ser insostenible en términos de la humanidad.
- La ampliación de las vacunas y del calendario vacunal. Más allá de los debates sobre la vacuna del papiloma, o la actual vacuna de la gripe, ¿es aconsejable en términos de salud y sostenibilidad en términos de coste, la ampliación de las vacunas a todo lo vacunable?.

Desde este punto de vista, de la misma forma que Salud Pública trata de hacer más permeables otros sectores sociales e institucionales de la importancia de la salud como “bien público”, como valor básico, también Salud Pública debe abrirse, debe ser más permeable a la problemática de la sostenibilidad para integrarla en su reflexión y en el diseño de sus políticas. A este respecto se señalaba cómo la cuestión de los “residuos” del sistema sanitario sólo se ha empezado a abordar seriamente a raíz de la intervención del ecologismo en esta problemática.

En cierto sentido, caracterizar la Salud Pública como un espacio de mediación significa obligatoriamente reconocer que no se tiene la última palabra, que existe un espacio de incertidumbre en el conocimiento y en las decisiones y que, más allá de la racionalidad estrictamente científica, la decisión a adoptar va a ser el resultado de un diálogo entre distintos “actores sociales y políticos” en el que Salud Pública aporta “uno” de los puntos de vista, no “el” punto de vista que permita cerrar el debate.

- Las **funciones** de la Salud Pública

Se apuntaron varias líneas de argumentaciones que fueron progresivamente convergiendo.

- La necesidad de hacer una revisión crítica de la problemática de las funciones de la Salud Pública en su actual caracterización dominante en la medida en que las mismas están, en cierto modo, marcadas por su origen en el modelo sanitario de EEUU, es decir, en un modelo fuertemente privado, que descansa, en gran medida, sobre los seguros privados y en el que el sistema público es claramente residual.
- El consenso internacional existente sobre la caracterización de las funciones de la Salud Pública y, por tanto, la conveniencia de aceptar dicho “consenso” para debatir, en todo caso, las prioridades que desde AMaSaP se pueden considerar para su desarrollo en la actualidad de la Comunidad de Madrid.
- Asimismo, se apuntó que las actuales funciones (recogidas en la bibliografía habitual) están diseñadas y caracterizadas desde la perspectiva que llamamos restringida de la Salud Pública, en el sentido de que son funciones a cubrir por parte de las “instituciones” (habitualmente las sanitarias), sin que las mismas estén pensadas desde una acepción amplia de las funciones de la Salud Pública en la que la llamada “sociedad civil” tenga también su palabra a decir y sus funciones a desarrollar.

Desde unas y otras posiciones se apuntó la importancia de concebir la “planificación sanitaria” como una función básica de la Salud Pública y como la mejor manera de desarrollar políticas y planes de salud diseñadas en base a las necesidades de salud de la población y concebidas desde una perspectiva integral de las intervenciones en salud. Responsabilidad de Salud Pública en esta cuestión central de la “planificación sanitaria” que debería desarrollarse como “Salud Pública” con independencia del nombre, del lugar orgánico e institucional de la “institución” concreta que acometiese dicha planificación.

- La reflexión sobre **otros límites**.

En este mismo terreno de los límites pero desde otros puntos de vista, también se expresaron varias reflexiones al respecto:

- ¿Cómo caracterizar lo colectivo y lo comunitario hoy en día? Si una de las características de las sociedades modernas es la fragmentación social, la ruptura de los grandes lazos y agregados colectivos, ¿cómo entender la comunidad?. Dicho debate se ejemplificó con el caso del tabaco. Los fumadores ¿no constituyen, en cierto sentido, una comunidad?.
- La necesidad de que la Salud Pública trabaje más los determinantes sociales en la salud que las repercusiones individuales de los mismos.
- La necesidad de informar de las consecuencias sobre la salud de un problema, respetando, al mismo tiempo, las creencias de las personas, de

los colectivos concernidos. Por ejemplo, las imágenes insertas en las cajetillas de tabaco, informan ¿respetando o agrediendo a los fumadores?.

- ¿Hasta donde llevar las exigencias del cumplimiento de las recomendaciones de Salud Pública? ¿Hasta qué límite?. En el caso de las enfermedades infecciosas parecería que la obligación de la norma es clara. Pero en aquellos fenómenos, comportamientos “no contagiosos”, ¿cuál es el límite?. Por ejemplo, si un colectivo es consciente de que fumar es negativo para su salud y sigue fumando, ¿hasta dónde respetar su decisión?.

- ¿Hay que luchar por el riesgo cero para la salud?, ¿o la Salud Pública debe de admitir un espacio de riesgo inevitable e irreductible?, ¿debe plantearse que la búsqueda del “riesgo cero” es un sinsentido?..

En este contexto, se realizaron dos reflexiones “propositivas”.

- La primera era la necesidad de pensar el espacio de la mediación de la Salud Pública, las tensiones entre lo individual y lo colectivo, por ejemplo, no como algo negativo y limitador de la acción en salud Pública, sino como un espacio de enriquecimiento, de búsqueda de equilibrios, de alianzas...entre posibles intereses legítimos pero contrapuestos.

- La segunda era mostrar el acuerdo con la propuesta de definición de la Salud Pública que caracteriza su acción como el esfuerzo colectivo como sociedad para “garantizar” las condiciones para que la gente pueda estar “sana” en la medida en que con dicha caracterización se subraya:

- la responsabilidad social y colectiva orientada hacia la “garantía” de las condiciones de salud para todos, de “poder estar sano”, con todo lo que ello conlleva de trabajo sobre los determinantes sociales en salud, la igualdad de acceso al sistema de salud, etc.

- la propia responsabilidad más singular en el cuidado de la salud en la medida que se respeta la decisión personal relativa a los estilos de vida, a los hábitos, etc, que pueda adoptar una persona o un colectivo para estar o no sano.

2. - La acepción restringida de la Salud Pública.

A la hora de abordar una política de Salud Pública por parte de las instituciones sanitarias de carácter público, se planteaba que dichas políticas deberían de tener:

Dos valores básicos implícitos:

- o La consideración de la **“salud” como un logro común, como un “bien” compartido.**

- El afán de la **“justicia social”** como garantía y como perspectiva de abordaje de la salud colectiva.

Un objetivo:

- El garantizar la **igualdad y la equidad** en los servicios y en el **acceso al sistema sanitario** para toda la población.

Y varios requisitos “procedimentales”:

- El realizar una **valoración previa de las necesidades** en salud de la población.
 - ✍ Dentro de este campo, se destacó la importancia de realizar **‘Diagnósticos participados’** en los que la población y las instituciones sanitarias acuerden los objetivos y las políticas.
- El implementar **políticas adecuadas y acordes con el estudio de necesidades.**
 - ✍ Dentro de este campo, se destacó la importancia de que Salud Pública inspire y realice la **“planificación sanitaria” del sistema sanitario público.**
- El fomentar e impulsar la **coordinación interinstitucional e intrainstitucional** para la puesta en marcha de las mismas¹.

Dentro de este campo, se destacó la importancia de:

 - ? La coordinación interinstitucional e intrainstitucional a nivel de la comunidad, a nivel local y entre la comunidad y los niveles locales.
 - ? La necesidad de que Salud Pública como institución y como profesionales tenga **visibilidad en los espacios de poder** en los que se toman las decisiones.
 - ? La necesidad de introducir la **‘Salud Pública’ como una “disciplina”,** como una dimensión importante en la formación de todas las disciplinas y profesiones que intervienen en el ámbito sanitario (gestores, clínicos, epidemiólogos, inspectores, etc..).
 - ? La importancia **de integrar al quehacer de SP de otros sectores y otras miradas**

¹ En lo que se refiere a la SP como sistema institucional se destaca la gran dispersión **y descoordinación interna** dentro del propio sistema y de las instituciones sanitarias en relación con la SP. Dimensión institucional especialmente deficiente en la actualidad en la Comunidad de Madrid.

profesionales “arquitectos, ingenieros industriales, trabajadores sociales...”

- El **evaluar el impacto de las políticas** puestas en marcha, lo que haría aconsejable la realización de estudios de “impacto en salud”, de forma similar a la existencia de la necesidad de los estudios de impacto medioambiental, con el consiguiente estudio y desarrollo de los determinantes en salud y de los “indicadores” para realizar la evaluación.

Conjunto de objetivos y de procedimientos que son imposibles de llevar a cabo si no se produce una doble condición que, por otro lado y hasta cierto punto podría ser entendida como las dos caras de la misma moneda:

- Un **apoyo político** decidido a las estrategias de Salud Pública.
- El ejercicio de un determinado tipo de “**liderazgo**”, de “**autoridad**” por parte de la institución sanitaria y de los profesionales de Salud Pública.

La cuestión de la “autoridad” y el tipo de “liderazgo” que debe desarrollar la institución sanitaria “Salud Pública” suscitó un amplio y recurrente debate en el grupo de trabajo. Una dimensión muy relevante del mismo fue la cuestión de los “**criterios**” de autoridad que sustentan las orientaciones y las decisiones en el campo de la Salud Pública. Debate que se expresó desde un doble punto de vista:

- ¿Cuáles son las “evidencias” (en una línea de reflexión próxima a la conocida “medicina basada en la evidencia”) que sustentan las orientaciones, la propuesta de decisiones concernientes a la Salud Pública?

- ¿Hasta qué punto estos criterios de autoridad “científica” son los que se tienen en cuenta por parte de gestores y políticos (como las “figuras” utilizadas para designar a las personas e instituciones que finalmente toman las decisiones) o, si por el contrario, estos “decisores” adoptan sus decisiones sobre otros criterios al margen de los aludidos y suministrados por las “ciencias” y el “saber científico” vinculado a la Salud Pública?

Este debate se desarrolló en el grupo de trabajo desde una triple consideración:

- La problemática del “**tiempo**” ya abordada extensamente en el proyecto de Libro Blanco de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- La de las **evaluaciones** de las políticas de Salud Pública.
- La de las “**evidencias**” con las que actúa Salud Pública.

En el caso del “tiempo” se señaló la tensión entre el “corto plazo” con el que habitualmente trabajan los decisores, los “políticos”, corto plazo marcado en muchas ocasiones por el tiempo de una “legislatura” y el más “largo plazo”

del tiempo en el que se pueden observar las repercusiones y los efectos de las intervenciones en Salud Pública.

En las “**evaluaciones**” se planteó el reto existente, para los profesionales de la Salud Pública, de diseñar un **conjunto de indicadores y de metodologías de evaluación que puedan medir el “impacto en la salud de la población”** de la puesta en marcha de las intervenciones en Salud Pública. En este terreno, por ejemplo, se apuntaron algunas experiencias locales sobre estudios del “impacto en la salud” de determinadas intervenciones.

En el tema de las “**evidencias**” se apuntó una línea de reflexión muy interesante en relación con **los diversos grados de “certidumbre”**, por decirlo de alguna manera, **que pueden existir y que se puede tener acerca de las “evidencias”** en el terreno de la Salud Pública. En este sentido, frente a la argumentación más tradicional, habitualmente de tipo epidemiológico, se apuntó la posibilidad de que en el quehacer de Salud Pública se utilizara otro tipo de argumentación más cercana a la elaboración del “juicio” en el terreno jurídico que elabora las sentencias sobre un conjunto muy diversos de “evidencias”, de “pruebas” de muy distinto signo y grado de certidumbre. En este sentido, realizar un “juicio” significa **tener capacidad y asumir la responsabilidad de tomar una decisión, sobre una base de conocimiento limitado**. Elaboración de este tipo de “Juicio” en el terreno de la Salud Pública que integraría, evidentemente, las “pruebas epidemiológicas” cuando éstas existan, pero que no se limitaría a las mismas de modo que pudiera adoptar decisiones sobre un conjunto más diverso de “indicios” que aconsejan dicha decisión.

Reflexión sobre esta modalidad de elaboración de “juicios” y decisiones sobre este tipo de evidencias que parece especialmente relevante ante toda la problemática de los nuevos tipos de **riesgos emergentes** en el terreno de la Salud Pública.

Por último, a modo de propuestas para continuar el debate sobre los valores que, como AMASAP, se deberían promover en el terreno de la Salud Pública se plantearon, entre otros, los siguientes:

- La consideración de la “salud” como **“bien público”**.
- La **participación**, el fomento y el reconocimiento del derecho a la participación.
- La **“equidad” como valor, y la lucha contra las desigualdades sociales en salud como objetivo** de la Salud Pública en Madrid.
- La **sostenibilidad** de las políticas y las intervenciones de Salud Pública.
- La importancia de que cualquier decisión de Salud Pública **sea generalizable y universalizable**.

- La **visión sistémica y ecosistémica** de las políticas y de las intervenciones de Salud Pública.
- La **mediación** como valor, la capacidad de Salud Pública de hacer de puente entre instituciones.
- La capacidad de **establecer alianzas y de reconocer y de intervenir en los conflictos** que atraviesan la sociedad, lejos de las visiones consensuales de la misma.
- La importancia del **"talento interdependiente"**.
- La **"capacidad crítica"**.
- La **"acción colectiva"**.

Conjunto de propuestas que, en cierto sentido, engarzaban con el lema adoptado por la asociación en el proceso de consulta llevado a cabo a este efecto: AMaSaP. **"Acción colectiva por la salud"**.

DEBATE EN EL TALLER

Desde los primeros momentos del debate se planteó en varias ocasiones la idea de los **límites de la Salud Pública**, realizándose una valoración intrínseca de los mismos.

De una parte la mera mención de límites para la Salud Pública, en un momento de expansión de los campos de actuación de ésta y de su imbricación en todas las políticas, parece implicar una idea negativa, que iría en perjuicio de un concepto actual de Salud Pública.

Sin embargo, en el plano conceptual parece necesario establecer unos límites, aunque amplios (concepto ampliado de Salud Pública), que faciliten la operatividad de dicho concepto.

Una segunda línea de debate fue la relativa a la **labor mediadora y de liderazgo de los profesionales de Salud Pública**.

Se discutieron y criticaron alternativamente ambas facetas. Frente a la postura de mediación entre los distintos agentes sociales que comportan la acción en Salud Pública, se reclamó un liderazgo de los profesionales de ésta para incidir en todos los sectores y políticas donde hoy se les echa en falta.

Frente al papel de liderazgo de los profesionales de Salud Pública, se reclamó el protagonismo de la población, sometida a menudo a una lluvia de

mensajes y recomendaciones, más o menos arbitrarios, desde el sector profesional. El verdadero liderazgo debería ser asumido por la población, y los profesionales deberían interactuar continuamente con ella.

Parece por tanto que ambos aspectos de la labor profesional en Salud Pública deben equilibrarse mutuamente. El liderazgo debe ejercerse en la búsqueda, la provocación de esa situación mediadora, la única que verdaderamente legitima dicho liderazgo.

La **práctica de la Salud Pública**, las posibilidades de acción, fue otro de los temas predominantes en el debate, quizás el más predominante. El tema se abordó desde diferentes vertientes, pero con un denominador común, la situación actual fuertemente deficitaria de la Salud Pública en la Comunidad de Madrid. Tal vez fuera esta la razón, en un grupo amplio que se reunía por primera vez, que desplazó la discusión conceptual al terreno de la práctica.

De una parte se reclamó como imprescindible el apoyo político para llevar a cabo cualquier acción estratégica.

De otro lado se planteó la dificultad de conocer, en una sociedad compleja fuertemente consumista, los intereses de la población en relación con su salud y la salud colectiva y actuar en consecuencia. ¿Existe, es posible hoy una conciencia colectiva de Salud Pública entre los ciudadanos? ¿Cómo saberlo y qué estrategia seguir para llegar a la población y establecer cauces de mediación?

¿Cómo es posible que al margen de la oficialidad surjan voces críticas con las autoridades sanitarias que, como en la pasada pandemia de gripe, consigan a través de internet tanta o más credibilidad que aquéllas, y no reciban la contestación debida por parte de dichas autoridades?

Parecía claro en el taller que la sensación de impotencia actual dificultaba el análisis conceptual. Hasta el punto de que tal actitud derrotista fue criticada en cuanto que podía deberse a la propia incapacidad de los profesionales de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y en cuanto factor negativo para el propio desarrollo de una masa crítica profesional.

De modo que hubo que recordar la naturaleza conceptual del debate y recordar también que el grupo de discusión había planteado un concepto y un **discurso ambicioso de Salud Pública**. Un discurso que iba más allá de las evidencias científicas y reclamaba, ante la ausencia de éstas, la validez del juicio, el posicionamiento. La cuestión era entonces si tal discurso era creíble para los profesionales o no. Pues si era creíble, suponía un acicate importante para la acción, se podía generar ilusión.