

La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010

Lucía Artazcoz^{a,b,*}, Juan Oliva^{b,c}, Vicenta Escribà-Agüir^{b,d} y Óscar Zurriaga^{d,e}

^a Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^b CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Universidad de Castilla-La Mancha, España

^d Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Generalitat Valenciana, Valencia, España

^e Área de Epidemiología, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de octubre de 2010

Aceptado el 25 de octubre de 2010

On-line el 13 de noviembre de 2010

Palabras clave:

Salud pública
Políticas de salud
Factores sociales

RESUMEN

El objetivo del Informe SESPAS 2010 es contribuir al avance de la incorporación del principio Salud en todas las políticas en la salud pública en España. El principio fundamental tras el lema es muy simple: la salud está fuertemente influenciada por el entorno, por cómo viven, trabajan, comen, se mueven o disfrutan su tiempo de ocio las personas. Además, estas condiciones de vida no dependen exclusivamente de decisiones individuales sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles. El Informe SESPAS 2010 tiene cuatro partes. Comienza con un capítulo de introducción sobre los retos de la incorporación del principio de salud en todas las políticas en la salud pública. La segunda parte consta de varios artículos de reflexión sobre la relación entre el sistema sanitario y la salud pública. La tercera parte se centra en políticas intersectoriales de salud pública. Acaba el informe con varios artículos sobre temas transversales de salud pública, como la formación, la información, la investigación, la evaluación y la ética en las políticas de salud pública.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health in all policies, a challenge for public health in Spain. SESPAS report 2010

ABSTRACT

The objective of SESPAS Report 2010 is to enhance the incorporation of the principle of Health in all Policies in public health in Spain. The fundamental principle behind this slogan is very simple: Health is strongly influenced by the environment, how we live, work, eat, walk or enjoy our leisure time. Moreover, these living conditions depend not only on individual decisions but are determined by social, cultural, economic or environmental factor. Consequently, policy decisions that influence the health of people not just those related to services or health policy, but primarily those taken in other public, private, political and civic contexts. SESPAS Report 2010 has four parts. It begins with an introductory chapter on the challenges of incorporating the principle of Health in all Policies in public health. The second part consists of several articles of reflection on the relationship between the health care system and public health. The third part focuses on cross-sectoral public health policies. The report ends with several articles on cross-cutting issues such as public health education, information, research, evaluation and ethics in public health policies.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Public health
Health policies
Social factors

Public Health is the process of mobilizing and engaging local, state, national, and international resources to assure the conditions in which people can be healthy. The actions that should be taken are determined by the nature and magnitude of the problems affecting the health of the community. What can be done will be determined by scientific knowledge and the resources available. What is done will be determined by the social and political situation existing at the particular time and place.

Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al., eds. Oxford textbook of public health. Vol 1. Oxford: Oxford University Press, 2002

* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: lartazco@aspb.cat, lartazco@aspb.es (L. Artazcoz).

Introducción

El objetivo del Informe SESPAS 2010 es contribuir al avance de la incorporación del principio «Salud en todas las políticas» en la salud pública en España. El principio fundamental tras el lema es muy simple: la salud está fuertemente influenciada por el entorno, por cómo viven, trabajan, comen, se mueven o disfrutan su tiempo de ocio las personas. Además, estas condiciones de vida no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas no sólo, ni de manera más significativa, son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles¹. Salud en todas las políticas supone identificar y actuar sobre los determinantes de

la salud presentes en ámbitos no sanitarios, tales como la educación, el mercado laboral, el urbanismo, la vivienda o las políticas de inmigración, entre otros, en los cuales se generan o transmiten desigualdades sociales.

El Informe SESPAS 2010 tiene cuatro partes. Comienza con un capítulo de introducción sobre los retos de la incorporación del principio de salud en todas las políticas en la salud pública. La segunda parte consta de varios artículos de reflexión sobre la relación entre el sistema sanitario y la salud pública. La tercera parte se centra en políticas intersectoriales de salud pública. Acaba el informe con varios artículos sobre temas transversales de salud pública, como la formación, la información, la investigación, la evaluación y la justificación de las políticas de salud pública desde el campo ético y de la eficiencia.

Como señala Urbanos², la estrategia de salud en todas las políticas requiere cambios estructurales en las formas de organización de las instituciones que han de favorecer la gobernanza en red. Para ello, un momento de profunda crisis económica como la actual ofrece una excelente oportunidad para introducir modificaciones en la planificación de las acciones orientadas a mejorar la salud que se habrían rechazado en otras situaciones. Las tareas a acometer no son sencillas (romper la inercia institucional que tiende a perpetuar un sistema centrado casi exclusivamente en los cuidados sanitarios, concediendo más peso a las políticas de salud pública; disponer de instrumentos eficaces de coordinación y cooperación entre sectores, niveles de gobierno y colectivos de distinta naturaleza; y adoptar una visión a largo plazo en las políticas), si bien algunos elementos recientes pueden contribuir a reactivar las políticas de salud pública mediante distintos mecanismos y ayudar a incorporar en la agenda política la mejora de la salud de la ciudadanía como prioridad destacada.

Reflexiones sobre la relación entre la salud pública y el sistema sanitario

Definición de las organizaciones de salud pública

Un primer paso para la incorporación del principio de salud en todas las políticas en la salud pública española es definir la relación entre la salud pública y el sistema sanitario. En España, la salud pública continúa dominada por intervenciones sanitarias basadas en un abordaje biomédico centrado en los problemas de salud y no en sus determinantes, a excepción de los hábitos relacionados con la salud que han sido, en general, tratados con una visión muy reduccionista basada en la educación para la salud sin tener en cuenta la construcción social de las conductas. Por otro lado, aunque la situación está cambiando, la mayoría de los profesionales de la salud pública siguen siendo del ámbito sanitario, médico o de enfermería. Pensar en la salud pública desde la óptica de salud en todas las políticas requiere cambios sustanciales en el abordaje de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades, y centrarse más en los problemas de la vida que son de interés para las personas de la comunidad y menos en los que preocupan a los profesionales de la salud pública.

La reorientación de la salud pública requiere en primer lugar establecer su definición y su relación con el sistema sanitario, así como dar a conocer tanto a los profesionales de diferentes sectores como a la población general las actividades realizadas por la salud pública³. También es necesario replantear el papel que deben desempeñar el gobierno central y los gobiernos autonómicos. Aunque las primeras competencias sanitarias transferidas a las comunidades autónomas fueron las de salud

pública, la descentralización no se ha asociado a una renovación de la gestión de las actividades colectivas de prevención de las enfermedades, promoción y protección de la salud, ni ha supuesto un aumento del peso de la salud pública en el sistema. En la situación actual, para cambiar es imprescindible la colaboración activa de las comunidades autónomas, de manera que una iniciativa estatal que acelere la definición de una cartera mínima básica de prestaciones (más allá de las genéricas formulaciones actuales) supondría una ayuda tangible para mejorar la calidad y la equidad de los servicios efectivamente prestados a la población. En nuestro país, la reorientación de la salud pública necesita un fuerte respaldo social y profesional que estimule el acuerdo político⁴.

Colaboración entre la salud pública y la atención primaria

En la definición de la relación entre la salud pública y el sistema sanitario tiene particular interés la coordinación entre la atención primaria y la salud pública para la implementación de programas de salud comunitaria. Hasta ahora, el desarrollo de la atención primaria y de la salud pública se ha producido en paralelo, con pocos puntos de conexión o reconocimiento mutuo. Aunque la situación empieza a cambiar y en algunos países se exige una mayor y mejor relación entre la atención primaria y la salud pública, en España la acción comunitaria promovida desde la administración sanitaria se caracteriza por la heterogeneidad tanto en directrices como en prácticas; es una de las partes menos desarrolladas de la reforma de la atención primaria, que se centró más en el desarrollo de la prevención clínica y la educación sanitaria individual. Pasarín et al⁵ destacan la importancia de avanzar en una oferta explícita de intervenciones comunitarias que dependan de las necesidades poblacionales, y que muy a menudo estarán en el ámbito de los determinantes de salud y en la reducción de las desigualdades en salud. Es fundamental que la salud comunitaria se incluya en las políticas de salud, en la formación, en los contratos a los proveedores de servicios, en la definición de las carteras de servicios, en la organización de los servicios (objetivos, recursos, etc.) y en la acción intersectorial, y que no dependa sólo de la voluntariedad de algunos profesionales porque esto generaría desigualdades.

La salud pública en las actividades preventivas del sistema sanitario

En la línea de una mayor coordinación entre la asistencia sanitaria y la salud pública, Cuevas y Salas⁶ analizan las intervenciones poblacionales que lleva a cabo el sistema sanitario encaminadas a la prevención primaria y secundaria, territorio común en el cual se produce una estrecha relación entre los objetivos y las acciones de los dispositivos de salud pública y de asistencia sanitaria, que coloca en primer plano algunas incertidumbres tales como qué programas deben implantarse, quién debe impulsarlos, o si existe o no una aplicación equitativa de este tipo de medidas. Hay una gran heterogeneidad entre las comunidades autónomas. En algunas, este tipo de programas se gestionan desde los servicios de salud pública con el apoyo de los servicios asistenciales, mientras en otras la responsabilidad de la gestión ha recaído en estos últimos. Además de la coordinación interterritorial, en cada territorio es esencial la relación entre las estructuras sanitarias de salud pública y las asistenciales, de manera que los recursos asistenciales y de salud pública se orienten en torno a un proceso de atención en el cual todos contribuyan y sean, al tiempo, responsables.

La salud pública y la asistencia sanitaria en la gestión de las crisis sanitarias

Una de las funciones más críticas de la salud pública es la gestión de las crisis sanitarias, que ha devenido cada vez más compleja. En las crisis sanitarias recientes que se han producido en España se ha constatado que la presencia de profesionales clínicos y de salud pública en una organización favorece la capacidad para dar respuestas adecuadas, aunque la estructura política española tiene sus ventajas y sus inconvenientes. La escasa relevancia concedida a la salud pública y una gestión sanitaria excesivamente dependiente de los partidos políticos son elementos de debilidad en momentos de crisis. Si bien las últimas crisis sanitarias han evidenciado que la percepción de las crisis será cada día más ajena a los expertos y más determinada por colectivos interesados en propagarlas o aportar soluciones, el desarrollo participativo de estrategias de respuesta a las crisis emergentes, que pasan por una mejor capacitación de los responsables públicos y una mayor participación de los profesionales sanitarios y de la ciudadanía, configura una agenda de amplio recorrido y con posibles grandes beneficios para la gestión de las crisis de salud pública⁷.

La intersectorialidad

La salud en todas las políticas tiene como elementos centrales el abordaje de los determinantes de la salud, de las desigualdades y la acción intersectorial, pero la salud pública en España está aún lejos de incorporar plenamente estos principios. Ya en el año 2000, el grupo de Planificación y Política Sanitaria de SESPAS recomendaba que los objetivos de la investigación en salud tenían que ser clasificados y orientados hacia los determinantes de la salud. Sin embargo, en el taller organizado en 2002 el grupo constataba el escaso o nulo conocimiento de los planes de salud por parte de los sectores no sanitarios, y 2 años más tarde confirmaba que los planes de salud parecen más bien planes sanitarios, ya que los objetivos alcanzados tienen relación con las intervenciones de los servicios sanitarios y los no alcanzados con los objetivos intersectoriales y de salud pública. Respecto a este resultado tan poco alentador, en el año 2006 llegaban a la conclusión de que el conocimiento científico, también en relación con los determinantes de la salud, puede conducir la agenda política, pero para ello es necesaria una salud pública capaz de responder al mundo globalizado y a sus vertientes políticas, sociales y económicas, y en definitiva centrada en los determinantes de la salud⁸.

Políticas intersectoriales de salud pública

Salud en la infancia

La comisión de los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud propuso eliminar la brecha en salud en una generación, otorgando un papel destacado al desarrollo en la primera infancia. Las condiciones de vida en la infancia y el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social son determinantes del rendimiento académico, de la salud y de las condiciones de vida y trabajo en la vida adulta. Las desigualdades sociales en las etapas iniciales de la vida están causadas por múltiples factores, que a su vez interactúan entre ellos, como los gradientes sociales en el acceso a los recursos materiales o familiares, las condiciones de vida y del entorno, y la falta de acceso a una escolarización precoz o a la detección temprana de problemas en el desarrollo. La situación de la salud infantil en

España, medida con diferentes indicadores, es buena en comparación con la de otros países, pero por el contrario es uno de los países de la UE-27 con menor gasto público en educación (puesto 23) y con mayor proporción de abandono de la enseñanza secundaria (puesto 25)⁹, lo que puede amenazar la salud y las condiciones de vida y trabajo en la vida adulta.

También en relación con la salud infantil, Franco et al¹⁰ señalan la importancia de la prevención del sobrepeso y la obesidad en edades tempranas para evitar problemas de salud en la vida adulta. Revisan la situación de la obesidad infantil en España y otros países europeos, e identifican políticas intersectoriales para la reducción del sobrepeso y la obesidad en cinco ámbitos: la publicidad, el transporte, las características urbanísticas del entorno físico, la educación y el entorno escolar, y el acceso a comida saludable a precios razonables, prestando especial atención a los factores sociales que actúan como reguladores del riesgo, como son las desigualdades de género, el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, y la posición socioeconómica.

Salud y trabajo en la vida adulta

Durante las tres últimas décadas se ha producido una reorganización del mercado laboral en todo el mundo, en un marco de globalización económica, que se ha traducido en ganancias para algunos, mientras que los efectos sobre los mercados de trabajo han conducido a un aumento de las desigualdades sociales y de diversas formas de inseguridad económica, y es probable que esta tendencia continúe en ausencia de intervenciones políticas decididas. Un elemento clave de la globalización es que el poder se ha desplazado de los gobiernos a los mercados¹¹, de manera que ahora más que nunca las prioridades vienen determinadas por el crecimiento económico, generalmente repartido de manera muy desigual, y no por el bienestar de las personas. En un mundo global, las políticas económicas y laborales no pueden limitarse al ámbito nacional, tal como lo demuestran las dinámicas de deslocalización de empresas desde los países de rentas altas a los países pobres, con mano de obra barata y sin derechos sociales, que aumentan el paro y la incertidumbre laboral en los países ricos y la explotación en los países pobres, sino que debe haber una regulación internacional de un mercado globalizado.

En estas circunstancias se ha producido un aumento en la flexibilidad del empleo, con la consecuente aparición de formas atípicas (p. ej., trabajo a domicilio o teletrabajo), empleo informal, trabajadores autónomos que figuran como asalariados, trabajo a tiempo parcial o empleo temporal¹²; en definitiva, una mayor precariedad del trabajo¹¹. Los colectivos más afectados por esta precariedad laboral son los trabajadores manuales, los jóvenes, las mujeres y las personas inmigrantes. Además, desde el punto de vista de la salud pública resulta muy preocupante el crecimiento de las tasas de desempleo en España, tanto por el elevado número de personas en paro (4.645.500 personas, el 20,09% de la población activa en el momento de escribir estas líneas) como por la virulencia de su incremento en un corto periodo de tiempo. La evidencia científica pone de manifiesto que la falta de trabajo y el empleo atípico tienen efectos negativos sobre la salud física y mental de las personas. Por todo ello, en España es urgente plantear nuevas fórmulas económicas y de producción que garanticen mejores condiciones de empleo y de trabajo, que permitan distribuir de forma equitativa tanto los costes de la crisis como los beneficios en los periodos de prosperidad. El sector de la salud pública debe asumir un rol importante para la reducción de las desigualdades en la salud entre la población trabajadora y sus familias, mostrando la evidencia de la relación de los modelos de desarrollo económico, las políticas sobre el mercado laboral y las regulaciones del empleo y

las condiciones de trabajo con la salud. Para ello es fundamental desarrollar sistemas de información adecuados y aumentar la investigación acerca de la efectividad de las intervenciones sobre el mercado de trabajo para reducir las desigualdades en salud¹¹.

Envejecimiento activo y saludable

La promoción de un envejecimiento activo y saludable es una prioridad en España, ya que en los últimos años el país ha experimentado un proceso de envejecimiento muy acusado y en la actualidad es uno de los países más longevos del mundo. Sin embargo, en el debate actual sobre los desafíos del envejecimiento poblacional los temas prioritarios son el coste de las pensiones y el aumento del gasto sanitario y de los servicios sociales, mientras que la lucha contra las desigualdades sociales en la salud y la mejora de las condiciones de vida pasan con frecuencia a un segundo término o están ausentes del debate. En España, Zunzunegui y Beland¹³ identifican condiciones favorables y obstáculos para la acción intersectorial en este ámbito. Entre las primeras señalan la legislación y los pactos sociales sobre protección social, el asociacionismo y la participación social. Por el contrario, las desigualdades económicas entre y dentro de las comunidades autónomas, la pobreza en la vejez, la desprotección de las zonas rurales, la debilidad de los servicios sociales y las barreras a la integración laboral de las personas mayores son los principales obstáculos. Estos autores proponen tres ámbitos de actuación para un envejecimiento activo, que deberían ser abordados mediante acciones intersectoriales y que además tendrían el efecto adicional de disminuir las desigualdades sociales en salud y mejorar las condiciones de vida de todas las edades, no sólo de la población mayor: la dieta, las relaciones familiares y sociales, y el hábito diario de caminar. La sociedad española disfruta de ventajas para lograr un envejecimiento activo, como son el sistema de pensiones, el sistema de salud, la Ley de Promoción de la Autonomía, la dieta mediterránea, las fuertes redes sociales y familiares, y el hábito diario de caminar.

Sostenibilidad ambiental y estado de salud

La comprensión de la relación entre los factores ambientales y los determinantes de la salud requiere considerar el medio ambiente de tres modos diferentes: como factores estructurales que potencian o facilitan estilos de vida saludables, como un medio curativo por mecanismos de restauración psicológica, o como fuente de contaminación química, atmosférica o biológica. Los dos primeros enfoques son positivos y tienen una aplicación práctica en la planificación urbanística, como por ejemplo el diseño de los espacios públicos (parques y jardines, vías verdes, transporte, etc.). El tercer enfoque considera los factores ambientales como posibles riesgos para la salud, en la medida en que la exposición continuada a la contaminación ambiental (ruido, sustancias químicas, gases, etc.) tiene un efecto en los determinantes socioeconómicos de la salud y directamente sobre la salud. En su artículo, Pecurull-Botines y De Peray¹⁴ presentan experiencias prácticas de políticas intersectoriales para abordar la relación entre el medio ambiente y la salud y la calidad de vida en el ámbito europeo, como el Consejo para la Investigación de la Planificación Espacial, Naturaleza y Medio Ambiente holandés, o la campaña realizada en Reino Unido, conjuntamente entre autoridades sanitarias y medioambientales, «Bosque activo, naturalmente bueno para ti». Constatan que las experiencias españolas son escasas y no acaban de integrar los factores ambientales como determinantes de la salud.

Preocupan las repercusiones que pueda tener el cambio climático, uno de los aspectos relacionados con la sostenibilidad

ambiental, sobre la salud. Hay evidencias de los efectos de los eventos climáticos extremos; del aumento de la frecuencia de las enfermedades respiratorias debido a la contaminación atmosférica y la distribución del polen; del incremento de las enfermedades de origen alimentario, zoonóticas y transmitidas por el agua; y del cambio en la distribución de las enfermedades infecciosas y sus vectores. España es uno de los primeros países en Europa en desarrollar un plan de adaptación al cambio climático. Éste es otro campo en el cual es importante hacer visibles los beneficios para la salud de las medidas de adaptación y mitigación en las políticas de diferentes sectores, y fortalecer los sistemas de salud pública para prevenir y responder a los impactos, promover la cooperación intersectorial y la coordinación de las instituciones implicadas. También es necesario aumentar la concienciación acerca del efecto del cambio climático sobre la salud, y promover la investigación, el desarrollo tecnológico y el intercambio de datos e información entre los diferentes sectores¹⁵.

Políticas fiscales y salud

Una pregunta clave en las políticas para promover los hábitos saludables es determinar si los impuestos son efectivos para reducir los hábitos no saludables que pretenden desincentivar; y posteriormente se ha de plantear la cuestión de si es posible poner en práctica el impuesto. Por una parte, la fiscalidad indirecta (impuestos y subvenciones sobre el consumo) es un mecanismo que puede alterar los precios relativos de bienes y servicios, y de este modo incentivar a las personas a que adopten conductas saludables. Sin embargo, su regresividad también puede generar efectos indeseados. López Nicolás y Viudes de Velasco¹⁶ realizan un análisis centrado en dos de las conductas con mayor impacto en la morbimortalidad en España, para subrayar tanto las potencialidades de la política fiscal (tabaco) como sus limitaciones (dieta inadecuada). Mientras, en el caso del tabaco, una política fiscal inteligente y bien diseñada puede reducir claramente su consumo, en especial previniendo el inicio del hábito, la información científica disponible sobre la capacidad de la intervención fiscal sobre los precios para reducir los problemas de sobrepeso y obesidad es muy limitada. Los autores recomiendan extremar la prudencia ante la idea de ligar incrementos impositivos con destinos finalistas de las cantidades recaudadas.

Elementos transversales

Formación

Un factor decisivo para que las instituciones de salud pública puedan incorporar el principio de salud en todas las políticas son los recursos humanos y sus actividades en los ámbitos de la investigación, la formación y la práctica. Quiénes deben ser, qué competencias deben tener y cómo deben acreditarse los profesionales de la salud pública son cuestiones que la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, habitualmente ajena a las singularidades de la salud pública, podría abordar mejor de existir una posición definida por parte de las autoridades de salud pública⁴.

La formación de los profesionales de salud pública tiene unas peculiaridades específicas, pues la salud pública no es ejercida por una profesión única sino que es una actividad pluriprofesional, donde coinciden profesionales de la salud (médicos, veterinarios, etc.) junto a graduados en ciencias experimentales y sociales. Todos ellos deben iniciar su carrera profesional mediante un programa común de maestría en salud pública. Esta formación continúa a lo largo de toda la vida, por medio de la formación

continuada, y debería incorporar acreditaciones periódicas de las competencias profesionales. La elaboración de un libro blanco sobre formación en salud pública permitiría impulsar programas formativos con objetivos a medio y largo plazo¹⁷.

Nuevos sistemas de información

En la última década se ha iniciado la integración de los sistemas de información de salud pública y los asistenciales, pero en la línea de salud en todas las políticas también deberán hacerlo con sistemas externos al ámbito sanitario. Son aspectos clave para lograrlo la interoperabilidad técnica, semántica y organizativa, la incorporación de tecnologías emergentes (especialmente las de soporte a redes sociales y contenidos digitales) y la superación de las dificultades inherentes al desarrollo de sistemas de información de proyectos grandes y complejos. Los sistemas de información de salud pública deberán incorporar, a sus habituales elementos transaccionales, los sistemas de apoyo a la toma de decisiones para generar conocimiento y las herramientas de la web 2.0 para compartirlo. En el ámbito científico, debe hacerse una apuesta por los debates sobre sistemas y tecnologías de la información, y definir el mapa de competencias de los profesionales¹⁸.

Investigación en salud pública

Pese a que la salud depende más de determinantes sociales que de la asistencia sanitaria, la mayor parte de la investigación en salud pública en España y en todos los países es biomédica, y la proporción que supone la investigación sobre los determinantes sociales de la salud en la financiación pública de proyectos de investigación continúa siendo muy baja en comparación con otras áreas igualmente transversales, como la genética. Pese a todo, se ha producido un incremento en el número de artículos sobre los determinantes sociales de la salud en los cuales han participado investigadores españoles, que ha pasado de sólo 10 en 1995 a 61 en 2008. En otros países, como Finlandia o Inglaterra, hay experiencias para promover y difundir la investigación sobre los determinantes sociales de la salud, que han permitido avanzar en la intersectorialidad a través de la difusión de los resultados de la investigación. Como señalan Borrell y Malmusi¹⁹, en aras de promover la investigación sobre los determinantes sociales de la salud de acuerdo con su posible impacto sobre la salud pública es necesario redefinir las prioridades de la investigación en salud y el presupuesto correspondiente, aumentar la formación de los recursos humanos y fomentar la traslación entre la investigación y la acción. Para conseguir este último objetivo es fundamental un compromiso por parte de las instituciones investigadoras para reconocer y facilitar esta tarea, sin la cual la investigación en determinantes sociales de la salud puede quedar como mero ejercicio académico.

Evaluación en salud pública

La evaluación del impacto en la salud, es decir, la estimación de los posibles efectos de una intervención (política, programa o proyecto) en la salud de una población y la distribución de sus posibles efectos, es una herramienta que puede desempeñar un importante papel en la promoción de la estrategia de salud en todas las políticas. Hay una importante experiencia internacional con el uso de la evaluación del impacto en la salud, aunque en España aún es escasa. El momento actual, con reformas organizativas y normativas de la salud pública en España y con una nueva Ley de Salud Pública que adopta el principio de salud en todas las políticas, es una gran oportunidad para impulsar la

evaluación del impacto en la salud. Sin embargo, hay barreras para su desarrollo, como son, entre otras, el predominio de la visión biomédica de la salud o las dificultades para que la salud y el bienestar sean considerados prioridades en la elaboración de políticas públicas. Para conseguir impulsar la evaluación del impacto en la salud será necesaria una firme voluntad política, la implicación de los responsables de las políticas no sanitarias y esfuerzos añadidos en la formación y la investigación²⁰.

Además de la evaluación predictiva que supone la evaluación del impacto en la salud, es fundamental la evaluación de la efectividad y de la eficiencia de las políticas públicas. Pinilla y García-Altés²¹ critican la falta de una evaluación sistemática de las políticas públicas dirigidas a la salud, lo cual conlleva que programas de dudosa efectividad acaparen los recursos públicos que podrían emplearse en otras medidas más efectivas y eficientes, y que por tanto tendrían un mayor impacto sobre el bienestar de la población. Los autores abogan por incluir la perspectiva económica en las políticas de salud, lo cual supone tratar de alcanzar el objetivo en salud empleando la menor cantidad de recursos posibles o, alternativamente, partiendo de un presupuesto dado alcanzar el mayor bienestar posible.

En el capítulo que cierra el informe²² se responde a opiniones que han puesto en cuestión ciertas políticas de salud pública por posibles invasiones de la libertad personal. Empleando argumentos tanto éticos como económicos, los autores revisan las limitaciones de la libertad individual (soberanía del consumidor), tanto desde el punto de vista de la eficiencia como del de la equidad y la justicia social. Se concluye que la adopción de medidas de salud pública, siempre que cumplan ciertos requisitos, no sólo no limitan sino que protegen y amplían la libertad individual.

Conclusiones

Si el objetivo de la salud pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, está claro que debe incorporar el principio de salud en todas las políticas. Esto exige una profunda reorientación de las organizaciones de salud pública, que requiere concienciar a la ciudadanía y a sectores no sanitarios sobre la importancia de las políticas no sanitarias en la salud, cosa que pasa por ir más allá del discurso bienintencionado y debe demostrarse. Para ello se requiere, entre otros cambios, una profunda reforma de los sistemas de información sanitaria a fin de incluir los determinantes de la salud y de las desigualdades, así como promover la investigación sobre los determinantes de la salud y la difusión de esta información, no sólo en el ámbito académico sino también entre la población general, los agentes sociales y los sectores no sanitarios.

Por otro lado, la estructura actual de los centros de investigación e información de salud pública resulta insuficiente para atender los retos crecientes expresados a lo largo de este informe. La ampliación o la creación de nuevas estructuras, así como su coordinación, y la dotación de los incentivos adecuados en distintos niveles (desde las personas investigadoras a las responsables de emplear la información ya existente y facilitar la generación de nuevo conocimiento), se convierten en aspectos esenciales ante los retos demográficos y sociales que deberemos afrontar en las próximas décadas.

Para finalizar, un tema recurrente en varios capítulos del informe es la necesidad de evaluar las políticas y acciones de salud pública, y de utilizar de manera crítica la información generada en dicho proceso o, cuando ésta no se encuentre disponible, las pruebas procedentes de la literatura científica. Parece claro, por la riqueza de los temas tratados en el Informe SESPAS 2010, así como en anteriores informes²³⁻²⁵, que las

intervenciones que pueden contribuir a mejorar la salud general de la población y reducir las desigualdades son incontables, pero su impacto sobre la salud puede ser muy diferente. De igual modo, son muy distintos los recursos necesarios para poner en marcha de manera sostenida en el tiempo cada una de las posibles políticas o intervenciones disponibles. La consideración *ex ante* de la posible implementación de un programa de sus riesgos y sus beneficios, incluyendo el riesgo de que los recursos destinados no puedan ser invertidos en otras alternativas, la evaluación durante el proceso y la utilización de la información que aporte dicha evaluación en el mantenimiento, la matización, la ampliación o la supresión de la política o intervención analizada, es el proceso necesario, aunque no suficiente, para acercarnos a cumplir los objetivos de eficiencia y equidad en las políticas (sanitarias o no) de salud. En este sentido, un gran reto por el que debemos transitar es considerar la evaluación no como una opción o un conjunto de herramientas relativamente útil, sino como un proceso íntimamente relacionado con la credibilidad de las políticas de salud pública. Y ello supone un gran cambio cultural, no exento de dificultades. No obstante, sin duda alguna es un cambio necesario para caminar hacia la excelencia, para garantizar la sostenibilidad de las políticas de salud y, por tanto, para continuar mejorando el bienestar de la sociedad.

Contribuciones de autoría

L. Artazcoz concibió la idea del manuscrito y escribió sus diferentes versiones. J. Oliva, V. Escribà-Agüir y O. Zurriaga aportaron ideas y revisaron las diferentes versiones del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los autores y autoras que aceptaron colaborar en el Informe SESPAS 2010 y supieron dar respuesta a la solicitud de los editores de orientar sus artículos conforme al principio «Salud en

todas las políticas». A todos los revisores y revisoras que aportaron su visión crítica y constructiva a las versiones preliminares de los capítulos, contribuyendo de manera decisiva a mejorar la calidad del Informe.

Bibliografía

1. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. Geneva: World Health Organisation; 2003.
2. Urbanos RM. La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Gac Sanit 2010;24.
3. Aboal-Viñas JL. Salud pública y sistema sanitario. Gac Sanit. 2010;24.
4. Segura A, Oñorbe de Torre M. Cambios en la salud pública: el papel del estado y de las autonomías. Gac Sanit. 2010;24.
5. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Gac Sanit. 2010;24.
6. Cuevas D, Salas D. La salud pública en el diseño de actividades preventivas poblacionales en el sistema sanitario. Gac Sanit. 2010;24.
7. Gervás J, Meneu R. ¿Crisis de salud, crisis sanitarias o crisis de gestión? Gac Sanit 2010;24.
8. Fiuza-Pérez MD, Aguiar-Rodríguez JF, Monzón-Batista N. Una década de reflexión sobre los planes de salud en España. Gac Sanit. 2010;24.
9. Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades en salud infantil. Gac Sanit. 2010;24.
10. Franco M, Sanz B, Otero L, et al. Prevention of childhood obesity in Spain: a focus on policies outside the health sector. Gac Sanit. 2010;24.
11. Muntaner C, Chung H, Schrecker T, et al. Welfare state, labour market inequalities and health in a global context: an integrated framework. Gac Sanit. 2010;24.
12. García AM. Mercado laboral y salud. Gac Sanit. 2010;24.
13. Zunzunegui MV, Béland F. Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Gac Sanit. 2010;24.
14. Pecurull-Botines M, De Peray JL. Trabajando hacia una salud pública sostenible mediante la interrelación de lo ambiental y lo social. Gac Sanit. 2010;24.
15. Tirado C. Cambio climático y salud. Gac Sanit. 2010;24.
16. López-Nicolás A, Viudes de Velasco A. Posibilidades y limitaciones de las políticas fiscales como instrumentos de salud: los impuestos sobre consumos nocivos. Gac Sanit. 2010;24.
17. Benavides FG. Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Gac Sanit. 2010;24.
18. García-León J, Fernández-Merino JC. Aportaciones al desarrollo de un sistema de información en salud pública. Gac Sanit. 2010;24.
19. Borrell C, Malmusi D. Los retos de salud en todas las políticas para la investigación en salud: la investigación sobre los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2010;24.
20. Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, et al. La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. Gac Sanit. 2010;24.
21. Pinilla J, García-Altés A. La evaluación de políticas públicas. Gac Sanit. 2010;24.
22. Ramiro Avilés MA, Lobo F. La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. Gac Sanit. 2010;24.
23. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Bosca JV. Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1).
24. Informe SESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. Gac Sanit. 2006;20(Supl 1).
25. González López-Valcárcel B, Hernández Aguado I, Meneu de Guillerna R, et al. Informe SESPAS 2008. Mejorando la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1).