

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INVESTIGACIÓN

M^ª Teresa Ruiz Cantero / Carlos Álvarez-Dardet

División de Promoción de la Salud. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante

Resumen

Con su actual configuración, el dispositivo público español de investigación en ciencias de la salud tiene posibilidades limitadas de cumplir adecuadamente con los objetivos de la Ley General de Sanidad, tanto por su reducida importancia financiera, como por sus temáticas y falta de mecanismos de compensación interterritorial. Estas limitaciones se hacen efectivas en cuanto a su escasa capacidad de suministrar información para el desarrollo de un sistema de salud, orientado tanto a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales como a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La capacidad de las políticas públicas de investigación en España, de impactar en el trabajo de los investigadores, son muy escasas entre otras razones por la importancia de la extendida práctica de utilizar fondos no específicamente dedicados a investigación de las instituciones empleadoras de los investigadores. La mayoría de los recursos públicos de investigación se concentran en Madrid y Barcelona. Esta situación puede comprometer muy seriamente en el futuro próximo el desarrollo y la calidad de la atención prestada por los Servicios Regionales de Salud transferidos a Comunidades Autónomas sin grandes ciudades.

Los fondos se usan en su gran mayoría para financiar investigaciones en ciencias básicas, de especialidades médicas y de laboratorios clínicos. La investigación en Salud Pública sólo supone el 0,8% de los presupuestos de investigación, siendo también muy reducidos los fondos dedicados a investigación en Atención Primaria de Salud. La actual orientación temática y metodológica dominante de la investigación en salud en nuestro país, con objetivos de investigación medicalizados, unidades de observación subindividuales, diseños predominantemente experimentales, y análisis básicamente cuantitativos, puede comprometer que España alcance los objetivos de salud para todos establecidos por la OMS.

Palabras clave: Políticas públicas. Investigación.

PUBLIC POLICIES OF RESEARCH

Abstract

With its present configuration, the Spanish public device of research in health sciences has limited possibilities to achieve properly the aims of the *Ley General de Sanidad*, due to its reduced financial importance as well as its thematic and lack of mechanisms of interterritorial compensation. These limitations are effective according to its small capacity to provide information for the development of a health system, orientated to the overcoming of territorial and social imbalance as well as the promotion of health and prevention of diseases. The capacity of public policies of research in Spain to affect the work of researchers is very small due to the importance of the widespread practice of not using funds which are not specifically dedicated to research of the institutions employing the researchers, among other reasons. Most of the public resources of research are concentrated in Madrid and Barcelona. This situation can seriously jeopardize in a near future the development and quality of the attention given in Regional Health Services transferred to Autonomous Communities without big cities.

The funds are mostly used to finance researches of basic sciences, medical specialities and clinic laboratories. Investigation in Public Health is only 0.8% of the research budgets, and the funds dedicated to research in Health Primary Care are also very small. The present predominant thematic and methodological orientation of health research in our country, with medicalized research aims, subindividual observation units, experimental designs, and analysis which are basically quantitative, can endanger the possibilities of Spain to achieve the health aims established by the OMS.

Key words: Public policies. Research.

Correspondencia: Carlos Álvarez-Dardet. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Apartado de correos 374. 03080 Alicante.

Este artículo fue *recibido* el 30 de agosto de 1994 y fue *aceptado*, tras revisión, el 20 de marzo de 1995.

La Ley General de Sanidad (LGS), contra una tendencia secular de subfinanciación de la investigación en España, propuso considerables aumentos financieros para la investigación biomédica, que deberían alcanzar hasta como mínimo un 1% del gasto en salud (art. 109 apartado a)¹. En los últimos años, las instituciones estatales, con competencia en investigación biomédica, y los sectores privados se han visto acompañados en sus funciones por la aparición de otros fondos de investigación de procedencia diversa, como la de los gobiernos autónomos, provinciales o de ayuntamientos, y también de Fundaciones. Sin embargo, la expectativas creadas por la LGS se han cumplido sólo en parte. Aunque ha habido un considerable esfuerzo de incremento del gasto de I+D en España, en la actualidad, en salud como en el resto de la investigación del país, nos encontramos todavía lejos de lo que son los estándares medios de la Unión Europea.

El conocimiento aún poco detallado y escaso, en cuanto a una visión de conjunto, de los aspectos financieros de la investigación en ciencias de la salud, hace difícil desarrollar y analizar las políticas científicas sobre una base racional. La falta de información acerca de la influencia que tienen las entidades implicadas en la financiación de diferentes áreas de investigación, han supuesto una barrera en los intentos mantenidos por definir prioridades en la investigación, como las del Plan Nacional de Investigación en Salud de 1989 (PNIS). Además, los propios investigadores pueden ver limitadas sus capacidades de planificar las fuentes de financiación de sus investigaciones al carecer de una información completa de cómo se comporta el sector. En este contexto, el análisis riguroso de las políticas públicas de investigación, tanto en su génesis como en su desarrollo, y su utilidad, se ve seriamente comprometido por la relativa falta de datos.

La información disponible hasta ahora proviene básicamente de las propias agencias². Esta información permite conocer el destino geográfico y científico de los fondos, pero no cuánto representan del gasto total. En 1988³ se realizó una valoración de las subvenciones recibidas por artículos de investigación clínica, pero estuvo basada exclusivamente en información aparecida en las revistas científicas; quedando excluidas de este trabajo la investigación básica, la epidemiológica y muchas especialidades médicas. La cuestión de la financiación indirecta, entendida como la investigación financiada con fondos no específicamente dedicados a investigación, tampoco ha sido estudiada en nuestro país.

Nuestro grupo realizó una encuesta por correo a los investigadores españoles que publicaron en re-

vistas indizadas en el Index-Medicus durante el año 1989. En total los investigadores españoles publicaron 1.797 artículos durante este año según el índice a octubre de 1990. La encuesta incluía información sobre participación de agencias públicas y sus nombres, y también financiación indirecta, entendida esta última, como ya se ha comentado, como la estimación realizada por el investigador sobre los costes que supuso esa investigación y que fueron cubiertos utilizando recursos de la institución empleadora, el tiempo de los investigadores y del personal auxiliar, y el material fungible rutinario. También se pidió a los investigadores que hicieran una estimación sobre la cuantía total de los gastos de la investigación. Asimismo, se estudió la distribución de las publicaciones por comunidad autónoma (CCAA) por área de trabajo y de los departamentos de los que provenía la publicación y por el ajuste de las publicaciones a las líneas prioritarias del Plan Nacional de Investigación en Salud (PNIS)⁴.

La insuficiente financiación del sistema de I+D en salud en España ha conducido a dos cuestiones que necesitan, a nuestro juicio, de debate y abordaje urgente. Por un lado los investigadores, viviendo una situación que les exige investigación para su promoción profesional sin suministrarles financiación adecuada, han acudido a tomarla de donde podían, constituyendo la financiación indirecta del sistema. De otro lado, el proceso de transferencias de competencias sanitarias a las diferentes comunidades autónomas no ha previsto ningún mecanismo explícito de compensación interterritorial en el sistema de I+D, transfiriendo la asistencia pero no la investigación para su ulterior desarrollo. Ambos procesos han ocurrido sobre una cultura profesional clásica y altamente medicalizada, que ha mantenido cuotas de influencia en áreas científicas poco vinculadas al potencial de ganancia en salud que tiene la sociedad española.

Financiación indirecta

La financiación indirecta puede entenderse como un indicador del nivel de profesionalización de los investigadores y del funcionamiento democrático del sistema, ya que su existencia supone fases de opacidad presupuestaria que comprometen la transparencia debida en el sector público. Existen además numerosos interrogantes de tipo deontológico y práctico derivados de esta extendida actividad, que evidencian la falta de sintonía reinante, tanto cuantitativa como cualitativa, entre financiadores, investigadores y usuarios de la investigación. Asi-

mismo, hay que considerar también a la financiación indirecta como un límite a la capacidad de los responsables de la política científica para introducir criterios de ordenación en el sector, y de proponer prioridades, recayendo el proceso de toma de decisiones en este caso exclusivamente en el investigador, sin que exista ningún mecanismo de rendimiento de cuentas.

En España, la financiación indirecta supone la mitad del volumen financiero del sector y el 60% de los artículos publicados en revistas indizadas en MEDLINE en el año 1988. Esta forma de financiación es la más utilizada por los investigadores, en nuestro país, para pagar recursos humanos, suponiendo el 60% de la financiación total del trabajo personal. También supone una parte sustancial del gasto total en material fungible (40%), y apreciable del gasto en material inventariable (30%). En otros países en los que se ha estudiado este fenómeno su volumen es sensiblemente menor; así en EEUU⁵, la financiación indirecta ha supuesto un 20% de los trabajos aproximadamente, propiciando su conocimiento un interesante debate sobre su impacto en la gestión de los servicios sanitarios, en la ética de la investigación médica y en la libertad de los investigadores⁶⁻⁸. Las implicaciones que este fenómeno tenga en España como limitante de la política científica⁹, para la adecuada gestión de servicios sanitarios y en la salvaguarda de los derechos éticos, en cuanto a consentimiento informado de los enfermos, se desconocen hasta el momento, pero lo abultado de la cifra debería estimular a realizar investigaciones para valorarlo¹⁰.

Desequilibrios territoriales

La desigual distribución de los recursos de investigación en España y su concentración en Madrid y Barcelona era ya conocida¹¹. Cataluña y la Comunidad de Madrid utilizan el 20% y el 40% respectivamente, de lo que se gasta en total en investigación biomédica, siendo el 60% de estos fondos de procedencia pública; mientras que, por ejemplo, la Comunidad Valenciana utiliza el 5% del total del gasto, y sólo proviene del sector público el 39% de lo que capta. Esta tendencia fue también puesta de manifiesto por el reciente trabajo bibliométrico de Camí y cols.¹¹, que encontraron que las Comunidades de Madrid y Cataluña producían el 58% de las publicaciones indizadas en Science Citation Index para el período 1986-1989. Esta situación, especialmente en el caso de los fondos públicos, contrasta fuertemente con el diseño descentralizado que

propugnó la Ley General de Sanidad (art 41, aptdo 49-55)¹, con la creación de servicios autonómicos de salud, y la transferencia posterior de competencias en materia sanitaria en el caso de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Navarra, Comunidad Valenciana, Galicia y recientemente Canarias.

Si tenemos en cuenta que una parte de la investigación en salud se financia con dinero público, y que ésta informa prioritariamente la toma de decisiones en los servicios públicos de salud y mejora la calidad de la asistencia^{10,12}, la falta de mecanismos de compensación territorial en las agencias estatales de investigación sanitaria supone un limitante al desarrollo de los servicios regionales de salud. En base a los datos presentados por Camí y cols.¹¹ sobre distribución relativa *per capita* de la producción científica, hemos calculado la media ponderada para el territorio Insalud, que con 3,49 documentos por cada 10.000 habitantes, sólo es superada por Cataluña con 4,6 y Navarra con 4,4. Quedan bastante por detrás la Comunidad Valenciana con 2,20, Andalucía con 1,98, el País Vasco con 1,34 y sobre todo Galicia con 1,20. Estas tendencias son probablemente explicadas, al menos en parte, por las inversiones realizadas en investigación por la CCAA, especialmente por el sector público. Así la probabilidad para un investigador de utilizar fondos para sus investigaciones está fuertemente asociada a su trabajo en una gran ciudad. Nótese por ejemplo, que el dinero empleado en investigación en una comunidad autónoma con competencias sanitarias transferidas como Galicia, es probablemente inferior en el año de estudio, al gastado en cualquier departamento medio de ciencias básicas de las Universidades de Madrid. En función de la bien establecida relación entre calidad del trabajo asistencial y realización de investigación¹², la situación de la financiación de la investigación en España, sobre todo por parte del sector público, puede conducir al progresivo deterioro de la calidad de la asistencia en los servicios regionales de salud con menos investigadores, que es propio de las CCAA sin grandes ciudades.

La pretendida mayor competitividad, por razones históricas, en los centros de investigación centrales, no sólo afecta a la concesión de proyectos de investigación, sino que también toca otras esferas del mecanismo de toma de decisiones en cuanto a fomento de investigación. Así, mientras que Madrid obtuvo el 50% de todas las becas concedidas por el FIS para ampliación de estudios en España o en el extranjero, hubieron CCAA en las que no se concedieron becas a ninguno de los solicitantes^{9,13}. Esta situación se agrava por el hecho, recientemente comprobado para nuestro país¹⁴, de que tanto la

cantidad de la producción científica, como su eventual calidad y difusión, valorada por medio de su índice de impacto, dependen en gran medida del esfuerzo inversor. En este sentido, se ha estimado en 1,1 millones de pesetas para la producción de un artículo y 660.000 pesetas para una unidad de impacto, ambos exclusivamente entre los financiados por el FIS.

Nos encontramos ante un problema complejo ya que, si bien es cierto que en las zonas menos favorecidas por las inversiones del sector público en investigación existe una escasa producción científica, menos recursos humanos cualificados y menos "masa crítica" no es menos cierto que esta carencia actúa como un factor limitante de la calidad de la asistencia. La solución a este problema depende de tomas de decisiones políticas tanto del Gobierno Central, que podría establecer mecanismos de compensación territorial para una parte del presupuesto de investigación, como de los gobiernos regionales, que podrían establecer como ya han hecho algunos, planes autonómicos y agencias especializadas en la promoción de la investigación.

Áreas prioritarias

La tercera parte del gasto de investigación en España se dedica a ciencias básicas, otra tercera parte se gasta en las diversas especialidades médicas y el tercio restante se distribuye entre laboratorios clínicos, pediatría y cirugía. La investigación en el área de salud pública consume un marginal 0,8% del total del gasto en investigación⁴.

La relativa debilidad de la investigación en salud pública en España ha sido señalada por diversos autores^{2,11,14,15}; esta circunstancia resulta paradójica, cuando precisamente la retórica política de los últimos diez años en nuestro país ha estado impregnada de un cierto discurso de apoyo a la salud pública¹⁶⁻¹⁸, e incluso, cuando la propia Ley General de Sanidad¹ ha hecho hincapié en que la investigación en ciencias de la salud, y en que, los medios y actuaciones del sistema sanitario deberían estar orientados, prioritariamente, a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este divorcio entre el discurso político y la realidad de las políticas en curso parece no ser privativo de la investigación en salud pública, sino que afecta también a la atención primaria de salud, otro sector de los supuestamente beneficiados por la política sanitaria de los últimos años, que sólo alcanzó a captar el 2,1% de los fondos del FIS en 1989¹⁹.

Aproximadamente la mitad de los artículos publicados en este período tenían relación con las áreas prioritarias del PNIS; sin embargo, curiosamente los artículos no relacionados con las áreas del PNIS obtuvieron mayor financiación del sector público que los relacionados. Ésta es otra situación paradójica, que sólo puede explicarse por la ausencia de mecanismos adecuados para el control presupuestario en las agencias nacionales de investigación. SIDA, envejecimiento y nutrición son temas prioritarios del PNIS, y destacan por el contraste entre el impacto potencial en la salud de los españoles y el poco nivel de actividad desarrollada. Ello evidencia la escasa capacidad del sector público para incidir en la temática de investigación que eligen los grupos profesionales.

Con la actual configuración del dispositivo de financiación público de investigación en España es difícil, en nuestra opinión, que se alcancen los objetivos que marca la Ley General de Sanidad, todavía en vigor, y los 38 objetivos de OMS-Europa²⁰. En la versión revisada de la política de salud para Europa de la OMS²⁰ se establecían cuatro áreas de trabajo para alcanzar el objetivo de investigación y desarrollo en salud (Objetivo 32). Estas áreas son:

- a) Formular estrategias de investigación en salud basadas en las recomendaciones del comité asesor europeo de investigación en salud.
- b) Establecer prioridades para la adquisición y aplicación de conocimientos en promoción de la salud, salud ambiental, cuidados de salud y desarrollo de salud para todos.
- c) Implicar a los investigadores, profesionales, gestores y a los grupos comunitarios en el desarrollo de prioridades y estrategias de investigación.
- d) Reforzar la comunicación y la cooperación entre la comunidad científica y los decisores en la aplicación de los conocimientos nuevos al desarrollo de salud para todos.

Los avances en estas cuatro grandes líneas estratégicas han sido muy limitadas en España. En este sentido, las líneas de trabajo dominantes en nuestro país suponen hasta ahora objetivos de investigación, unidades de observación, análisis y diseños, poco apropiados para conseguir impactos razonables en la salud de la población²¹; ya que ello supone considerar también los condicionantes sociales y no sólo los biológicos, los grupos y las comunidades y no sólo los componentes subindividuales, el método de observación y no sólo el experimento, lo cualitativo y no sólo lo cuantitativo, los cuidados al enfermo y no sólo el diagnóstico y el tratamiento, los autocuidados y la autoayuda y no sólo la respuesta profesionalizada²². Pero sobre todo, supone entender que si se pretende que la ciencia

Tabla 1. Objetivos de I+D para el Servicio Nacional de Salud

- Contribuir a la salud y el bienestar de la población por medio de la realización y aplicación de I+D relevante y del alta calidad.
- Mejorar la perspectiva, relevancia y calidad de la I+D para informar a las políticas y la práctica en asistencia sanitaria y servicios sociales.
- Facilitar el desarrollo de un servicio nacional de salud basado en el conocimiento, y favorecer en él la cultura evaluativa.
- Aprovechar la capacidad de I+D, desde las ciencias básicas a las aplicadas, para afrontar los problemas de dimensión nacional en la asistencia sanitaria y social.
- Asegurar que los beneficios de la investigación son efectiva y sistemáticamente traducidos a la práctica.
- Mejorar los lazos entre los implicados en asistencia e investigación, ya sea como investigadores, usuarios de los hallazgos o financiadores.

sea considerada como factor de progreso, es necesario conectar con las necesidades de la sociedad.

El debate sobre cuáles deben ser las políticas públicas de investigación en España no se ha producido de una manera pública y explícita. Se ha producido, después de la promulgación de la LGS un crecimiento limitado del sector "en capas de cebolla" donde las disciplinas emergentes se han visto abocadas a competir con el "establishment" preexistente por unos recursos limitados. Existen serias dudas, algunas ya planteadas en este texto, de que el actual sistema sea capaz de contribuir equitativamente a que la sociedad española gane salud.

A nuestro juicio sería importante alcanzar niveles aceptables de consenso, tanto en el papel que el sector público debe jugar en la financiación y priorización de la investigación, como en las herramientas científicas de que disponemos para intentar contribuir a la mejora del estado de salud²³⁻²⁵. Ambos debates están ocurriendo ya en países de nuestro entorno. La Iniciativa Peckham y la Declaración de Leeds²⁶, ambas en el Reino Unido (Tablas 1 y 2) bien podrían ser una contribución al mismo. Ambas suponen un compromiso explícito con la acción para ganar salud, y abordan las relaciones entre la investigación y las políticas, como límites entre los que discurren los cursos de acción de las organizaciones y la práctica profesional. En resumen, lo que piden, y nosotros nos sumamos a su petición es menos "I" paternalista,

Bibliografía

1. Anónimo. *Ley General de Sanidad*. Madrid: Tecnos, 1986:70.
2. Ricoy JR, García Iniesta E, Pozo F. Investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias durante 1989. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 739-42.

Tabla 2. Declaración de Leeds: principios para la acción

- Existe una necesidad urgente de redefinir los determinantes, cambiando desde la situación actual de interés especial en los riesgos individuales hacia estructuras sociales, y los procesos donde se origina la pérdida de la salud.
- Se necesita investigar, explorando los factores que permiten que algunas personas permanezcan sanas a pesar de vivir en las condiciones más adversas.
- La gente corriente es experta y los expertos son gente corriente. El conocimiento popular sobre necesidades de salud, prioridades en los servicios sanitarios y resultados de éstos, deberían ser centrales a la investigación en salud pública.
- El modelo experimental resulta una referencia inadecuada para guiar la investigación en salud pública.
- Se necesita una pluralidad de métodos para abordar con propiedad las dimensiones múltiples de los problemas de salud pública.
- No todos los datos pueden representarse con números; los datos cualitativos tienen un papel importante en la investigación en salud pública.
- No hay nada inherentemente "blando" en la investigación cualitativa, ni "duro" en los métodos cuantitativos. Ambos requieren una aplicación rigurosa de contextos apropiados y un importante esfuerzo intelectual en su aplicación a problemas de dificultad.
- Considerar valiosos otros métodos diferentes supone considerar valiosas otras disciplinas diferentes.
- Los problemas de salud pública sólo se solucionarán por el compromiso de aplicar los hallazgos de la investigación en las políticas y la práctica profesional.
- Las instituciones que financian la investigación deberían abordar los nuevos planteamientos a los que conducen estos principios.

ilustrada y resistente al rendimiento de cuentas y más "D" orientado a unos servicios de salud equitativos, sostenibles financiera y culturalmente, que favorezcan la capacidad de decisión de los miembros de la comunidad.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el IVESP, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

Agradecemos la ayuda de Verónica Juan por la búsqueda bibliográfica, de Julián González en el manejo de datos, y de Miquel Porta por sus comentarios a borradores previos del artículo.

3. Villar J, Hernández C. Subvención de artículos médicos. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 565-9.
4. Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. La financiación de la investigación biomédica en España. *Gac Sanit* 1991; 26(supl): 79.
5. Stein MD, Rubenstein L, Wachtel TJ. Who pays for published research? *JAMA* 1993; 269: 781-2.

6. Phillips M. "Unfunded research? I am shocked, shocked!". *JAMA* 1993; 270:43.
7. Olson W. "Unfunded research? I am shocked, shocked!". *JAMA* 1993; 270:43.
8. Meador KJ, Nicols FT, Adams RJ. "Unfunded research? I am shocked, shocked!". *JAMA* 1993; 270:43-4.
9. Villar J. Ciencias sobre aguas turbulentas. *Med Clin (Barc)*1993; 101: 625-8.
10. Jolin LD, Jolly P, Krakower JY, Beran R. Us medical school finances. *JAMA* 1992; 268: 1149-55.
11. Camí J, Fernández MT, Gómez I. La producción científica española en biomedicina y salud. Un estudio a través del Science Citation Index (1986-1989). *Med Clin (Barc)*1993; 101: 721-31.
12. Anónimo. Does research make for better doctors? *Lancet* 1993; 342: 1063-4.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Memoria de acciones del Fondo de Investigaciones Sanitarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1992.
14. Ricoy JR, Guasch MF, Jiménez A, Marín E, Medina J, Pozo F. Evaluación del producto de la investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias en 1988. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 690-4.
15. Álvarez-Dardet C, Porta Serra M. Los retos de la Nueva Salud Pública para los años 90. *Revisiones en Salud Pública* 1993; 3: 17-27.
16. Lluch Martín E. *Política General del Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985:19-27.
17. Freire Campo JM. La sanidad en el País Vasco: una reforma para el usuario. *Cuadernos de Alzate* 1989; 12: 64-71.
18. Dirección General de Planificación Sanitaria. *Estrategia de salud en el año 2000 en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
19. López Fernández LA, Martínez Millán JI, García Calvente MC, March Cerdá JC. La investigación en Atención Primaria en España. *Revisiones en Salud Pública* 1993; 3: 135-53.
20. WHO-Euro. *Targets for Health for All. The Health Policy for Europe*. Copenhague: WHO-Euro, 1991.
21. Segura A. *Informe SESPAS 1993: la salud y los servicios sanitarios en España*. Barcelona: SG Editores, 1993:117-31.
22. Anónimo. Population health looking upstream. *Lancet* 1994; 343: 429-30.
23. McLure M. Utilization of research. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 824-5.
24. Milio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. *Revisiones en Salud Pública* 1993; 3: 163.
25. Peckham MJK. Research and development for the National Health Service. *Lancet* 1991; 338: 367-71.
26. Hunter D. Directions for Health: new approaches to population health research and practice. The Leeds declaration. *J Publ Health Med* 1994; 16: 253-5.

