

La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis, ¿tiempo de oportunidades? Informe SESPAS 2010

Rosa Urbanos

Departamento de Economía Aplicada VI, Universidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de marzo de 2010

Aceptado el 11 de mayo de 2010

On-line el 27 de julio de 2010

Palabras clave:

Salud en todas las políticas

Buen gobierno

RESUMEN

El diseño coste-efectivo y equitativo de la política de salud implica abordar los determinantes sociales de la salud y tomar conciencia del impacto de las políticas no sanitarias. Para ello se requieren cambios estructurales en las formas de organización de las instituciones, que han de favorecer la gobernanza en red. La inercia institucional, las deficiencias en los mecanismos de coordinación y cooperación entre sectores, niveles de gobierno y agentes, los intereses económicos y las pautas culturales que mantienen el paradigma biomédico, o la falta de colaboración entre expertos, profesionales y autoridades sanitarias, actúan como factores de ralentización, pero pueden contrarrestarse con voluntad política y con el conocimiento que proporcionan las experiencias propias y ajenas. La coyuntura actual derivada de las recientes crisis de salud pública, y particularmente de la última crisis económica, ofrece una oportunidad excepcional para introducir cambios en la planificación de las acciones orientadas a mejorar la salud.

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

Health in all policies. Is the economic depression a time of opportunities? SESPAS Report 2010

ABSTRACT

A cost-effective and equitable health policy design involves tackling social determinants of health and becoming aware of the impact of non-healthcare policies. Structural changes in institutional organization, targeted to create a new space for network governance, are required. Some factors tend to delay this process, such as institutional inertia, poor coordination and cooperation mechanisms among sectors, levels of government and agents, the consolidation of the biomedical paradigm reinforced by lobbies and cultural patterns, and inadequate collaboration among experts, practitioners and health authorities. However, these factors may be counterbalanced by political will and by the knowledge provided by domestic and foreign experiences. The present situation arising from the recent public health crises, and particularly from the current economic depression, offers a major chance to introduce the needed changes in health oriented actions.

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

Keywords:

Health in all policies

Governance

Introducción

Los sistemas públicos de salud se han estructurado tradicionalmente, y continúan haciéndolo hoy, en torno al eje de la curación de enfermedades y de la prevención clínica, y se ha concedido una atención marginal a la prevención primaria y a la promoción de la salud. La prioridad política, y por ende presupuestaria, que se concede a los servicios sanitarios no se corresponde con la evidencia disponible sobre cómo mejorar la salud de las poblaciones. El presupuesto de la salud pública no llega al 3% del gasto sanitario en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)¹, y apenas se acerca al 2% del gasto sanitario público en España². No obstante, la «visibilidad» de la salud pública se potencia, al menos transitoriamente, en circunstancias de crisis sanitarias como las que se han registrado en los últimos años en forma de ola de calor, SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), gripe aviar o nueva gripe. Pero el enfoque individual de los sistemas de salud sigue primando sobre el enfoque comunitario, en coherencia con la concepción económica, social, ideológica, política y cultural imperante.

Sin embargo, el abundante conocimiento sobre los factores que determinan la salud y el papel que entre ellos desempeñan los determinantes sociales, ha contribuido, en primer lugar, a dimensionar el papel de la atención sanitaria en la mente de profesionales y expertos, y en segundo lugar ha puesto de manifiesto la necesidad de diseñar una nueva estrategia que implique el compromiso de todos los sectores y agentes relevantes en la generación de salud, ejemplificada en el lema «Salud en todas las políticas», cuya importancia ha sido reconocida internacionalmente y que representa uno de los ejes principales de lo que ha de ser la salud pública del siglo XXI³.

Los condicionantes económicos también han servido como un potente detonante a la hora de equilibrar parcialmente el discurso de la prevención y de la promoción de la salud, por un lado, y el de la curación por otro. A la urgencia por mejorar drásticamente la relación coste-efectividad de las políticas de salud por motivos presupuestarios, se suma una conciencia cada vez mayor sobre la necesidad de que éstas se reorienten a reducir las desigualdades sociales en salud. Todo ello ha favorecido un mayor interés hacia la salud pública y la estrategia de salud en todas las políticas.

La adopción de esta estrategia implica admitir que la salud forma parte de los intereses de todos. E implica, asimismo, para su adecuada puesta en práctica, el desarrollo de un nuevo modelo de

Correo electrónico: urbanos@ccee.ucm.es

Puntos clave

- Es necesario reequilibrar las actuaciones individuales y colectivas en el diseño de las políticas de salud. Ello exige abordar los determinantes sociales de la salud y tomar conciencia del impacto de las políticas no sanitarias. La puesta en marcha de la estrategia de salud en todas las políticas se configura como un elemento indispensable en el escenario actual.
- Son muchas las barreras que ralentizan los cambios (inercia institucional, deficiencias en los mecanismos de coordinación y cooperación entre sectores, niveles de gobierno y agentes, intereses económicos y pautas culturales), pero pueden contrarrestarse con voluntad política y con el conocimiento que proporcionan las experiencias propias y ajenas.
- Debe aprovecharse la coyuntura de crisis para incorporar en la agenda política una mayor prioridad para la mejora de la salud y las políticas que pueden coadyuvar a su logro de un modo más eficiente y equitativo.

gobernanza (o más precisamente de buen gobierno) denominado «modelo de gobernanza en red», en el cual las políticas del sector salud y de otros sectores han de estar debidamente coordinadas y han de complementarse con compromisos a diferentes niveles de gobierno, así como en el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG)⁴. Todos estos cambios suponen un reto importante y se enfrentan a barreras que ralentizan los procesos de transformación necesarios, pero también hay factores catalizadores que pueden contribuir a impulsarlos, y experiencias aplicadas en otros países que pueden servir de ejemplo sobre cómo introducir y gestionar los cambios. A estas cuestiones se dedican las páginas siguientes.

La situación en España: ¿qué podemos aprender de otros países de nuestro entorno?

Los diagnósticos sobre la situación actual de la salud pública en España y sobre el futuro que debería esperarse de ella son numerosos y, en general, coincidentes³⁻⁷. Hay una brecha importante entre una nueva forma de pensar, que reconoce expresamente la necesidad de potenciar y reorientar las funciones, modelos de organización y métodos de trabajo de la salud pública, y una realidad anclada en el paradigma biomédico que tiende a ignorar el papel de los determinantes sociales, sus efectos sobre las desigualdades en salud y el potencial de las políticas intersectoriales. Los modelos institucionales y organizativos aún no se han adaptado a un entorno progresivamente exigente y complejo, que ha de involucrar a distintos actores y construir alianzas con diferentes agentes y sectores que a menudo tienen intereses en conflicto con la salud. Para abordar el reto que supone romper esta brecha, pueden resultar útiles las experiencias de algunos países de nuestro entorno.

Un primer paso para romper el desequilibrio existente entre los servicios sanitarios y la salud pública consistiría en diferenciar, políticamente, la responsabilidad en el ámbito de la atención sanitaria de la responsabilidad en salud. Canadá, Inglaterra y Suecia son ejemplos de países que han ensayado acciones de este tipo, favoreciendo la reorientación hacia la rendición de cuentas en ganancias sanitarias y el compromiso con la gobernanza en red⁵.

El caso canadiense ha sido siempre particularmente atractivo para España por sus similitudes con nuestro esquema de

descentralización, y una vez más Canadá ofrece experiencias que pueden servir de ejemplo. Entre ellas, la creación en 2004 y el posterior desarrollo de la Public Health Agency of Canada, vinculada al sistema sanitario pero a la vez separada de él, dirigida por un *Chief Public Health Officer* que asesora y rinde cuentas al ministro de sanidad. La agencia canadiense colabora estrechamente con todos los niveles de gobierno (provincial, territorial y municipal), así como con ONG, sociedad civil y empresas, con el objetivo de compartir conocimientos y habilidades. Los distintos niveles de gobierno trabajan juntos en el seguimiento y la monitorización de las amenazas sanitarias, se implican directamente en la regulación de la salud pública y la educación para la salud, y colaboran en el establecimiento de las políticas de salud pública⁸.

En 2005 se creó la Pan-Canadian Public Health Network como instrumento de generación de consensos que sirva de apoyo a las funciones desarrolladas por la agencia. Esta red está dirigida por un consejo formado por 17 miembros, con una cúpula originalmente compuesta por un representante del gobierno federal y otro de las provincias/territorios, a la que en 2008 se añadió un puesto de coordinador o enlace ocupado por el viceministro de uno de los gobiernos provinciales. El resto de los miembros del consejo corresponde a representantes de cada provincia y territorio, así como del gobierno federal. La red propiamente dicha se compone de académicos, científicos, funcionarios y miembros de organizaciones no gubernamentales que forman seis grupos de expertos en distintas áreas, cuya misión principal consiste en preparar, llevar a cabo y mantener los acuerdos intergubernamentales en salud pública⁹. Tanto la agencia como la red pancanadiense de salud pública constituyen experiencias valiosas que pueden orientar la futura regulación española, y en concreto el texto de la ley estatal de salud pública prevista por el gobierno.

Suecia, por su parte, también puede servir de ejemplo por la adopción (en 2003) de una política de salud pública de carácter nacional basada en once áreas de objetivos que cubren los determinantes de salud más importantes para la población sueca, que fue actualizada en 2008 para añadir mayores elementos de elección y responsabilidad individual. En un marco muy descentralizado, la cooperación entre actores relevantes, públicos y también privados, es otro de los rasgos que caracteriza la política de salud pública sueca¹⁰. En este caso es crucial el papel que desempeñan los municipios, que cuentan con un consejo de salud pública y un coordinador en este ámbito. La Red de Ciudades Saludables creada en 2004 actúa, además, como apoyo de los municipios en el desarrollo de políticas locales de salud pública¹⁰.

Las posibilidades de aprendizaje de experiencias ajenas no están limitadas a países con una concepción del estado de bienestar similar a la española. Estados Unidos, con un modelo sanitario muy alejado de nuestros parámetros, puede ser un referente en lo que respecta a las estructuras de salud pública, donde las ONG (religiosas, comunitarias, profesionales y filántropas, voluntarias y sin fines de lucro, comerciales, laborales e industriales, etc.) cumplen una función importante¹¹. Otros rasgos del modelo estadounidense también deberían tenerse en cuenta para el nuevo giro que necesita la salud pública en España, como la adopción de los principios de *open government*, que obligan a los gestores públicos a informar a los ciudadanos de forma transparente y a crear un comité asesor que incluya a todos los interesados antes de tomar decisiones¹¹.

Barreras y catalizadores del cambio

Los cambios estructurales exigen superar algunas barreras. En primer lugar, hay que 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, lo que entre otras cosas implica adoptar una visión de largo plazo. Sin embargo, los responsables políticos suelen regirse por ciclos «cortoplacistas» que no premian en el presente buenos resultados en el futuro^{5,12}. La resistencia al cambio no es exclusiva de las administraciones, y afecta igualmente a profesionales y usuarios. Los intereses económicos y la presión mediática también contribuyen a ralentizar la extensión de una nueva cultura más centrada en los resultados en salud que en los medios tecnológicos utilizados para diagnosticar y curar. También la prevención ha tomado un rumbo peligroso al dirigirse a factores de riesgo que se medicalizan, poniendo así en duda la efectividad, la eficiencia y la equidad de muchas de las actuaciones preventivas que se aplican hoy en día. Por ello, es importante priorizar aquellas intervenciones con mayor impacto sobre las poblaciones y con un efecto reductor de las desigualdades en salud¹³.

Por otra parte, la activación de la estrategia de salud en todas las políticas exige disponer de instrumentos eficaces de coordinación y cooperación entre sectores, niveles de gobierno y colectivos de distinto tipo. Este nuevo modelo de gobernanza en red precisa estructuras y métodos de trabajo que, hoy por hoy, no están generalizados. Con frecuencia los cambios de paradigma se asientan en el ámbito científico mucho antes de que consigan trasladarse a la práctica política. El alejamiento entre expertos y políticos, derivado de la mutua desconfianza y de una comunicación poco fluida, dificulta el proceso de traslación.

Hay, no obstante, algunos catalizadores que pueden acelerar los cambios. Las amenazas epidémicas de los últimos años (SARS, gripe aviar, nueva gripe) han puesto de manifiesto riesgos globales que, para ser combatidos, requieren acciones que han de ser lideradas desde la salud pública y han de articularse sobre bases cooperativas. Estas «crisis sanitarias» pueden servir de detonante para incorporar en la agenda política nuevas prioridades que contribuyan a la construcción de un modelo más eficaz en el abordaje de la salud de las poblaciones. No es casual que la Public Health Agency of Canada se creara a finales de 2004, un año después del brote de SARS, ni que la Unión Europea pusiera en marcha en 2005 el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Sin embargo, no parece que se haya sacado partido a la última crisis desatada por la gripe A, que lejos de aprovecharse para potenciar la salud pública ha servido para confirmar el poder de la industria farmacéutica y para profundizar en el mensaje de que los riesgos para la salud pueden reducirse a cero, previo pago del importe correspondiente.

Por su parte, la actual crisis económica puede contribuir a reactivar las políticas de salud pública por distintos mecanismos. En las épocas de crisis, la salud se ve afectada de forma particular por la caída de la renta y del empleo, las mayores posibilidades de pobreza y exclusión social, y la mayor dificultad asociada al consumo de bienes y servicios que coadyuvan a la producción y mantenimiento de la salud, lo que contribuye a visibilizar el papel de los determinantes sociales de la salud y a percibir más claramente la necesidad de establecer estrategias de carácter intersectorial. Tampoco puede olvidarse que la salud es uno de los determinantes del crecimiento económico, lo que contribuye a estimular el interés por mantener una población sana y productiva. Además, las situaciones de crisis económica reabren el debate sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas e intensifican el interés por la eficiencia, alentando así la búsqueda y la puesta en marcha de políticas coste-efectivas, particularmente en las áreas de mayor gasto y de tendencia expansiva (como la sanidad). Por desgracia, las crisis financieras también implican riesgos; entre ellos, que los recortes presupuestarios afecten en primer lugar a los gastos orientados a conseguir beneficios en el

largo plazo, como los fondos para la investigación o los recursos para la salud pública y la prevención comunitaria, puesto que casi nunca se plantean recortes selectivos con criterios de coste-efectividad¹⁴.

Cierto es que los responsables políticos rara vez obtienen réditos por anteponer el largo plazo al corto. Afortunadamente, en ocasiones se ven obligados a modificar su enfoque temporal como consecuencia de compromisos de carácter supranacional que sí incorporan el largo plazo. En este sentido, la presión que están ejerciendo las instituciones europeas para reconducir la situación financiera de las administraciones públicas en los estados miembros constituye una oportunidad para el cambio que no debería desaprovecharse.

Puntos fuertes y débiles en España

Las recientes amenazas globales, y en particular la vivida con la aparición del virus de la gripe H1N1, han favorecido un clima inusitado de cooperación entre niveles de gobierno y formaciones políticas. Aunque el clima de acuerdo se vio facilitado por el hecho de que el Ministerio de Sanidad y Política Social asumiera el coste financiero de la adquisición de vacunas, el riesgo potencial de «crisis sanitaria», que convenientemente amplificado por los medios de comunicación causó cierta alarma social, también contribuyó a forzar una escenificación de unidad ante los ciudadanos. No obstante, la alarma generada por la nueva gripe ha tenido efectos transitorios y no ha impuesto un cambio de rumbo en la cultura institucional, lastrada por un modelo territorial mal explicitado que incentiva los comportamientos competitivos, conduce a cada administración a tratar de «blindar» sus competencias con una defensa numantina, y hace percibir cualquier propuesta de nuevos métodos de trabajo como un intento de injerencia. Los mecanismos de cooperación institucional son claramente insuficientes en nuestro país, lo que refuerza las barreras al cambio. Todos estos problemas tienen su traslado al ámbito de la sanidad española, que actualmente carece de mecanismos que permitan su buen gobierno¹⁵. Sin cambios profundos en el diseño de las instituciones que, entre otras cosas, rebajen los elevados costes de interferencia políticos que actualmente se observan, difícilmente podremos superar dichos obstáculos.

Tampoco hay en España una tradición asentada de políticas intersectoriales. Predominan los compartimentos estancos, y los instrumentos de coordinación entre sectores no están suficientemente desarrollados. Asimismo, aún son escasas las políticas públicas que dan cabida a la sociedad civil y a otros sectores de ámbito privado en su diseño e implementación. La buena noticia es que contamos con algunas experiencias previas que pueden ayudarnos a cambiar esta dinámica. Así, la política de seguridad vial constituye un buen ejemplo de cómo acciones intersectoriales pueden generar efectos tremendamente beneficiosos para la salud¹⁶. Por su parte, la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención (NAOS) nos da pistas sobre cómo es posible colaborar con las empresas para intentar crear un entorno propicio al cambio hacia estilos de vida más saludables¹⁷. Seguir la estela iniciada por estas actuaciones contribuiría a poner en marcha la estrategia de salud en todas las políticas y los nuevos modelos de buen gobierno asociados a su consolidación.

Se señalaba anteriormente cómo el alejamiento entre expertos y responsables políticos puede frenar o ralentizar los cambios. En el caso español, la capacidad de influencia en la política real de investigadores y profesionales es especialmente reducida, en parte porque éstos tienden a ignorar la dimensión política de los problemas de salud y de las soluciones propuestas¹⁸. Los políticos buscan soluciones aplicables y, a ser posible, de eficiencia y

efectividad contrastadas, y desafortunadamente las evaluaciones de coste-efectividad son más abundantes en el área de la prevención «medicalizada» que en otras estrategias preventivas¹⁹. En la cultura administrativa española, los procesos de rendición de cuentas están poco arraigados, aunque se van produciendo algunos avances. Ello favorece que se inviertan pocas energías en la evaluación de la efectividad y la eficiencia de las medidas adoptadas, y que se adquieran compromisos con buena «venta al público» que posteriormente alcanzan un escaso grado de cumplimiento. Por eso es tan importante que las propuestas sobre cómo abordar de modo más eficaz la mejora en la salud de la población se acompañen siempre de mecanismos de seguimiento y evaluación de sus resultados.

Otra cuestión importante a este respecto tiene que ver con los escasos incentivos de los responsables políticos para favorecer intervenciones de carácter comunitario y salubrista frente a las intervenciones individuales de tipo asistencial. La fascinación tecnológica ha arraigado fuertemente entre pacientes (electores) y políticos (elegibles), condicionados en parte por el quehacer de los profesionales clínicos y asistenciales. El escaso peso que los profesionales de la salud pública tienen en el conjunto del sistema, su falta de reconocimiento y el consiguientemente escaso prestigio social, no ayudan a resolver el problema.

Finalmente, ya comentamos de qué modo las crisis ofrecen oportunidades para el cambio. España se ha visto particularmente golpeada por la actual crisis económica, y las exigencias de Europa para cumplir con el Pacto de Estabilidad y Crecimiento nos imponen fuertes transformaciones estructurales que, muy probablemente, terminarán afectando al modo en que concebimos nuestro modelo sanitario. De momento, la coyuntura económica ha propiciado un acuerdo en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en torno a ciertas medidas de racionalización del gasto, fundamentalmente relacionadas con el gasto farmacéutico. Aunque este acuerdo sea claramente insuficiente y no suponga un verdadero cambio de rumbo del sistema sanitario, ha de aprovecharse la oportunidad para que el nuevo modelo incorpore como uno de sus ejes principales la estrategia de salud en todas las políticas.

Conclusiones y propuestas

El diseño coste-efectivo y equitativo de la política de salud implica reequilibrar las actuaciones individuales y colectivas²⁰. Ello exige, entre otras cosas, abordar los determinantes sociales de la salud y tomar conciencia del impacto de las políticas no sanitarias, para lo cual se requiere potenciar el cuerpo profesional y científico de la salud pública. A este respecto, una reciente declaración conjunta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (ISEMPSPH) plantea, ante las propuestas de troncalidad en la formación especializada de los profesionales médicos, la creación de un tronco propio en medicina preventiva y salud pública que permita avanzar en el desarrollo de la salud pública como especialidad pluriprofesional²¹.

Asimismo, se requieren cambios estructurales en las formas de organización de las instituciones, que han de favorecer la gobernanza en red. Las barreras a superar en este proceso de transformación son múltiples, pero también hay oportunidades para el cambio que pueden contribuir a su éxito. La inercia institucional, las deficiencias en los mecanismos de coordinación y cooperación entre sectores, niveles de gobierno y agentes, los intereses económicos y las pautas culturales que mantienen el paradigma biomédico, o la falta de colaboración entre expertos, profesionales y autoridades sanitarias, actúan como factores de

ralentización, pero pueden contrarrestarse con voluntad política y con el conocimiento que proporcionan las experiencias propias y ajenas.

En este sentido, cabría proponer un nuevo método de trabajo en el diseño y la planificación de las acciones orientadas a mejorar la salud, inspirado en el modelo canadiense, que favorece el consenso mediante la implicación activa de todos los niveles de gobierno y la participación de los profesionales y la sociedad civil. La instauración de un procedimiento obligatorio como el descrito, extensible a otros aspectos de la política social, contribuiría a tomar decisiones más adecuadas y menos dependientes de la voluntad discrecional del gobierno de turno y de la capacidad de instituir pactos políticos.

La coyuntura actual derivada de las recientes crisis de salud pública, y particularmente de la última crisis económica, ofrece una oportunidad excepcional para introducir los cambios citados que no debemos desaprovechar.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradezco a los dos revisores anónimos de este capítulo sus comentarios y sugerencias, que han contribuido a mejorar sustancialmente la primera versión del texto.

Bibliografía

1. OECD. Health Data 2007. Statistics and Indicators for 30 Countries.
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de Gasto Sanitario Público. 2007. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2007/CARATULA_EGSP_2007_Nuevo.xls.
3. European Public Health Association. Diez afirmaciones sobre el futuro de la salud pública en España. Gac Sanit. 2007;21:349-54.
4. SESPAS. Declaración de Sevilla 2009. Gac Sanit. 2009;23:257-8.
5. Kickbusch I. Innovation in health policy: responding to the health society. Gac Sanit. 2007;21:338-42.
6. Buades M, Plasencia A, Cabeza E, et al. La reforma de la salud pública. Gac Sanit. 2009;23:462-4.
7. Urbanos R. Recomendaciones para una futura ley de salud pública en España. Gac Sanit. 2010;24:89-94.
8. Public Health Agency of Canada. [acceso 25/1/2010]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/index-eng.php>.
9. The Pan-Canadian Public Health Network: an overview. [acceso 25/1/2010]. Disponible en: http://www.phn-rsp.ca/About_e.html.
10. Swedish National Institute of Public Health. [acceso 20/2/2010]. Disponible en: <http://www.fhi.se/en/Public-Health-in-Sweden/>.
11. Villalbí JR, Guix J. La organización de la salud pública en un contexto federal. Aportaciones desde la perspectiva de Estados Unidos. Gac Sanit. 2006;20(Supl3):72-80.
12. Pérez Oliva M. Expectativas de salud en la sociedad mediática global. Humanitas Humanidades Médicas. Tema del mes on-line, no 45. Diciembre 2009. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_nu_mero45/revista.html.
13. Starfield B, Hyde J, Gérvas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Commun Health. 2008;62:580-3.
14. Dávila CD, González B. Efectos y oportunidades de la crisis económica para la salud. Economía y Salud 2010; 67 (febrero). Disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=8&idN=37>.
15. Repullo JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Referent. Revista de Management per al Sector Sanitari i Social. 2009;8:4-11.
16. Pérez K. Rojo, amarillo y ¿verde? La seguridad vial en España en la primera década del siglo XXI. Gac Sanit. 2009;23:359-61.
17. Oliva J, González L, Labeaga JM, et al. Salud pública, economía y obesidad: el bueno, el feo y el malo. Gac Sanit. 2008;2:507-10.
18. Hernández-Aguado I, Fernández-Cano P. Políticas de salud y salud pública. Gac Sanit. 2007;21:280-1.
19. Esperato A, García Altés A. Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica de las intervenciones preventivas en España. Gac Sanit. 2007;21:150-61.

20. Ortún V. Salud pública: "a la política rogando y con el mazo dando (en los servicios sanitarios)". Gac Sanit. 2007;21:485-9.
21. SESPAS, SEE y SEMPSPH. Ante la reforma de los programas de formación de los médicos internos y residentes. Propuesta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Enero 2010. Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/declaracion%20conjunta%20sespas%20see%20smpsph.pdf>.